

Université de Montréal

**Évaluation d'un programme de développement
professionnel en santé publique
Le Laboratoire de promotion de la santé**

par Marie-Claude Tremblay

École de santé publique

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (PhD)
en santé publique, option promotion de la santé

Décembre, 2013

© Marie-Claude Tremblay, 2013

Résumé

Il y a quelques décennies, l'émergence du discours de la promotion de la santé infléchissait un nouveau tournant à la santé publique, orientant sa pratique vers l'action communautaire, participative et intersectorielle. Parallèlement, au Québec, la réforme du système de santé de 2004 réorganisait le niveau de gouverne locale à travers la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ceux-ci doivent articuler les secteurs des soins et de la santé publique à travers un continuum de services qui va de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Ces changements ont des implications majeures pour les acteurs de la santé et de la santé publique, qui doivent composer avec de nouveaux rôles professionnels et de nouvelles stratégies d'action. Le développement professionnel est considéré comme un levier potentiel pour soutenir ces changements.

En 2009, une équipe de la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal concevait un programme de développement professionnel appelé le Laboratoire de promotion de la santé. Ce programme mise sur une approche d'apprentissage de groupe pour permettre aux professionnels des CSSS de développer de nouvelles compétences, une pratique réflexive ainsi que de nouvelles pratiques de promotion de la santé.

Basée sur une méthodologie générale qualitative et une approche d'évaluation collaborative, cette thèse utilise plusieurs stratégies d'investigation afin d'évaluer le Laboratoire de promotion de la santé sous trois angles, qui renvoient à sa conceptualisation, à son implantation et à ses effets. Plus spécifiquement, elle vise à : (1) examiner la plausibilité de la théorie d'intervention du programme; (2) décrire et comprendre les processus d'apprentissage d'équipe ainsi que les facteurs qui les influencent; et (3) explorer, du point de vue des participants, les effets réflexifs du Laboratoire. Afin de répondre à ces objectifs, la thèse mobilise diverses perspectives théoriques liées à l'apprentissage individuel, d'équipe et organisationnel.

Les résultats des analyses démontrent que : (1) malgré quelques améliorations possibles, le modèle du programme est généralement bien conçu pour parvenir aux résultats visés; (2) l'implantation de ce modèle dans deux sites a donné lieu à des processus

d'apprentissage d'équipe différents, bien que conditionnés par des facteurs communs liés aux participants, à l'équipe, au contexte organisationnel et à l'implantation du programme; (3) tel que visé, les participants des deux sites ont développé de la réflexivité vis-à-vis leur pratique et leur rôle professionnel – cette réflexivité adoptant une fonction formative ou critique en regard de l'expérience professionnelle.

Ces résultats soulignent le potentiel que représente l'évaluation de la théorie d'intervention pour améliorer la conceptualisation d'un programme de développement professionnel, ainsi que l'intérêt et la pertinence d'évaluer les processus d'apprentissage au niveau de l'équipe dans le cadre d'une approche collective de développement professionnel. De plus, ils appuient l'importance de l'apprentissage réflexif pour l'amélioration des pratiques et l'engagement social des professionnels. En ce sens, ils proposent différentes avenues qui ont le potentiel de consolider les capacités de la main-d'œuvre de santé publique et d'influer conséquemment sur son efficacité à améliorer la santé des collectivités dans le prochain siècle.

Mots-clés : [RVM] évaluation de programme; promotion de la santé; formation continue; apprentissage basé sur la résolution de problèmes; apprentissage adulte; apprentissage réflexif; apprentissage organisationnel

Abstract

The emergence of the health promotion discourse a few decades ago steered public health practice into a new direction, orienting it toward community-based, participatory, and intersectoral action. Meanwhile, in Quebec, the 2004 healthcare system reform restructured the local level through the creation of health and social services centres. The mandate of these new organizations is to integrate the public health and the healthcare sector across a continuum of services ranging from health promotion all the way to palliative care. All these changes have significant implications for healthcare and public health practitioners, who must come to terms with new professional roles and new intervention strategies. Professional development is considered to be a potential lever for action to support these changes.

In 2009, a team from the Public Health Directorate of the Health and Social Services Agency of Montreal designed a professional development program called the Health Promotion Laboratory. This program builds on a team learning approach to enable participants to develop new competencies, a reflexive practice, and new health promotion practices within the organization.

Based on a qualitative methodology and a collaborative evaluation approach, this doctoral thesis used several investigation strategies to evaluate three components of the Health Promotion Laboratory, i.e., the program's conceptualization, implementation, and outcomes. More specifically, this thesis aims to: (1) examine the plausibility of the program's intervention theory; (2) describe and understand the team learning processes involved in the program, as well as the factors influencing them; and (3) explore, from the participants' perspective, the reflexivity outcomes of the program. In pursuing these objectives, this thesis adopts several theoretical perspectives related to adult learning, team learning, and organizational learning.

The results show that: (1) while there is room for improvement, the program's model is generally well designed to achieve the intended outcomes; (2) the model's implementation in two sites resulted in different team learning processes, both of which depended on common factors related to the participants, the team, the organizational context, and the implementation

of the program itself; and (3) as intended, participants from both sites developed reflexivity with regard to their practice and their professional roles, with this reflexivity taking on a formative and a critical function in terms of their professional experience.

These results highlight the potential offered by the evaluation of a program's intervention theory for improving the conceptualization of a professional development program. They also demonstrate the importance and relevance of assessing the learning process at a group level in the context of a collective professional development approach. Finally, the findings support the importance of reflexive learning for improving professional practice and fostering the social engagement of practitioners. Thus, they suggest different avenues having the potential to strengthen the capacities of the public health workforce and thereby to increase its effectiveness in improving the health of communities in the coming century.

Keywords : [LSCH] program evaluation; health promotion; continuing education; career development; problem-based learning; adult learning; reflective learning; team learning approach in education; organizational learning.

Table des matières

| | |
|---|------|
| Résumé | i |
| Abstract..... | iii |
| Table des matières..... | v |
| Liste des tableaux..... | xii |
| Liste des figures | xiii |
| Liste des sigles | xiv |
| Remerciements..... | xvi |
| Chapitre 1 | 1 |
| Chapitre 1. Introduction | 2 |
| Chapitre 2 | 6 |
| Chapitre 2. Problématique | 7 |
| 2.1 La promotion de la santé : l'émergence d'un nouveau discours et d'une nouvelle pratique en santé publique | 7 |
| 2.2 L'intégration de la pratique de promotion de la santé en CSSS au Québec : une transition difficile | 12 |
| 2.3 Le développement professionnel en santé publique : un levier potentiel pour faciliter l'intégration de la promotion de la santé | 16 |
| 2.4 Le développement professionnel comme objet d'étude et d'évaluation : des besoins à combler | 22 |
| 2.4.1 L'évaluation de la théorie d'intervention..... | 27 |
| 2.4.2 L'évaluation de l'implantation | 29 |
| 2.4.3 L'évaluation des effets..... | 31 |
| 2.5 Sommaire, constats et objectifs spécifiques de la recherche | 32 |
| Chapitre 3 | 35 |
| Chapitre 3. Programme évalué..... | 36 |
| 3.1 Contexte du programme..... | 36 |

| | |
|--|----|
| 3.2 Cible et objectifs du programme | 37 |
| 3.3 Ressources, activités et démarche du programme..... | 38 |
| 3.4 Résultats attendus du programme..... | 42 |
| Chapitre 4 | 43 |
| Chapitre 4. État des connaissances | 44 |
| 4.1 Principes de l'apprentissage professionnel au niveau individuel..... | 44 |
| 4.1.1 L'éducation de l'adulte | 44 |
| 4.1.2 L'éducation basée sur les compétences | 46 |
| 4.1.3 L'apprentissage réflexif et la réflexivité | 49 |
| 4.2 Principes de l'apprentissage collaboratif en équipe | 54 |
| Facteurs influençant l'apprentissage d'équipe | 57 |
| 4.3. Principes du changement et de l'apprentissage organisationnel | 59 |
| Facteurs influençant l'apprentissage organisationnel..... | 63 |
| Chapitre 5 | 65 |
| Chapitre 5. Cadre théorique, objectifs et questions de recherche | 66 |
| Chapitre 6 | 71 |
| Chapitre 6. Méthodologie | 72 |
| 6.1. Une posture d'évaluation collaborative | 72 |
| 6.2. Trois questions évaluatives : trois démarches d'investigation différentes | 74 |
| 6.2.1 Évaluation de la théorie d'intervention..... | 76 |
| Démarche d'investigation ou devis | 76 |
| Stratégie de collecte de données..... | 77 |
| Stratégie d'analyse..... | 78 |
| Validité..... | 79 |
| 6.2.2 Évaluation des processus..... | 80 |
| Démarche d'investigation ou devis | 80 |
| Stratégies de collecte de données | 82 |
| Stratégie d'analyse..... | 84 |
| Validité..... | 86 |
| 6.2.3 Évaluation des effets | 86 |

| | |
|---|-----|
| Démarche d'investigation ou devis | 86 |
| Stratégie de collecte de données..... | 88 |
| Stratégie d'analyse..... | 90 |
| Validité..... | 92 |
| 6.3 Considérations éthiques | 92 |
| Chapitre 7 | 94 |
| Chapitre 7. Résultats | 95 |
| 7.1 Article 1 : Defining, Illustrating and Reflecting on Logic Analysis with an Example from a Professional Development Program..... | 95 |
| Abstract..... | 95 |
| Keywords | 96 |
| 1. Introduction | 96 |
| 2. Logic analysis: what it is and how it differs from similar trends..... | 97 |
| 3. Logic analysis: a concrete example from a professional development program | 100 |
| 3.1 Construction of the logic model: The intervention and its resources, conditions, and activities | 100 |
| 3.2 Development of the integrative framework | 105 |
| 3.2.1. Broadening professional competencies..... | 106 |
| 3.2.2 Developing a reflective practice | 107 |
| 3.2.3 Initiating organizational changes | 109 |
| 3.2.4 Integrative framework..... | 111 |
| 3.3 Analysis of the intervention theory..... | 112 |
| 4. Reflecting on logic analysis: lessons learned..... | 114 |
| 4.1 Requirements and pitfalls of each phase of logic analysis..... | 114 |
| 4.2 Advantages and potential of logic analysis | 116 |
| 5. Conclusion | 117 |
| 7.2 Article 2 : Taking a Train without Knowing the Destination: Collaborative Learning Process in the Context of a Team-Based Professional Development Program | 119 |
| Abstract..... | 119 |
| Keywords | 120 |

| | |
|--|-----|
| 1. Introduction | 120 |
| 1.1 Conceptualising the team learning process | 122 |
| 2. The Health Promotion Laboratory program..... | 124 |
| 2.1 Context | 124 |
| 2.2 Objective and target public | 125 |
| 2.3 Activities and approach..... | 125 |
| 2.4 Expected effects..... | 126 |
| 3. Methods..... | 126 |
| 3.1 Investigation strategy | 126 |
| 3.2. Selection of cases..... | 127 |
| 3.3 Data collection strategies | 128 |
| 3.4 Ethical issues | 130 |
| 3.5 Data analysis..... | 131 |
| 4. Results..... | 132 |
| 4.1 The two teams' learning processes and their influencing factors..... | 132 |
| 4.1.1 Narrative of team A's learning process..... | 132 |
| 4.1.2 Important factors that influenced team A's learning process | 134 |
| Team members and team characteristics | 134 |
| Organizational context, activity sector, and managerial support | 135 |
| Mentorship from the promoters' team and moderating of the meetings | 135 |
| Knowledge dissemination and activities to mobilize others..... | 136 |
| 4.1.3 Narrative of team B's learning process | 136 |
| Team members and team characteristics | 138 |
| Organizational context, activity sector, and managerial support | 138 |
| Mentorship from the promoters' team and moderating of the meetings | 139 |
| Knowledge dissemination and activities to mobilize others..... | 140 |
| 4.2 Final interpretation (cross-case analysis)..... | 140 |
| 5. Discussion | 143 |
| 5.1 Practical implications..... | 143 |
| 5.2 Theoretical implications..... | 145 |

| | |
|---|-----|
| 6. Limitations | 147 |
| 7. Conclusion | 148 |
| 7.3 Article 3 : Learning Reflexively from a Health Promotion Professional Development Program in Canada | 149 |
| Abstract | 149 |
| Keywords | 150 |
| 1. Introduction | 150 |
| 2. Literature review | 151 |
| 2.1 What is reflexivity? | 151 |
| 2.2 Iterative and vertical dimensions of reflexivity | 152 |
| 2.3 Two broad levels of reflection | 153 |
| 3. The program | 155 |
| 4. Methods | 157 |
| 4.1 Research design | 157 |
| 4.2 Sites and participants selection | 157 |
| 4.3 Data collection | 158 |
| 4.4 Data analysis | 158 |
| 5. Results | 160 |
| 5.1 Reflexivity outcomes | 160 |
| 5.2 Formative reflexivity | 161 |
| 5.3 Critical reflexivity | 163 |
| 6. Discussion | 164 |
| 7. Validity and limitations of the study | 167 |
| 8. Conclusion | 168 |
| Chapitre 8 | 169 |
| Chapitre 8. Discussion | 170 |
| 8.1 Synthèse et contribution des résultats | 171 |
| 8.1.1 Contribution empirique | 171 |
| Jugement général sur le programme | 173 |
| Utilisation des résultats de l'évaluation | 174 |

| | |
|--|--------|
| 8.1.2 Contribution théorique et méthodologique | 176 |
| 8.2 Articulation des résultats | 179 |
| 8.3 Forces, défis et limites de la thèse | 182 |
| 8.3.1 Forces | 182 |
| 8.3.2 Défis | 184 |
| La volatilité des programmes sociaux | 184 |
| Intégration des postures scientifique de la recherche et pragmatique de l'évaluation | 185 |
| 8.3.3 Limites | 187 |
| Limites liées aux questionnements évaluatifs | 188 |
| Limites liées aux devis, aux cas sélectionnés, ainsi qu'aux stratégies de collecte de données | 188 |
| Chapitre 9 | 191 |
| Chapitre 9. Conclusion | 192 |
| Bibliographie | 195 |
| Annexe I | xix |
| Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline | xix |
| Abstract | xix |
| Keywords | xx |
| Introduction | xx |
| 1. Towards a definition of health promotion | xxi |
| 2. Towards a definition of the complexity paradigm | xxiii |
| 3. Towards the integration of the complexity paradigm into health promotion | xxvii |
| 3.1 The relevance of complexity at the epistemological level | xxvii |
| 3.2 The relevance of complexity at the methodological and theoretical level | xxxi |
| 4. Towards a complex health promotion practice | xxxiii |
| Conclusion | xxxv |
| Annexe II | xxxvi |
| How Can both the Intervention and its Evaluation Fulfill Health Promotion Principles? An Example from a Professional Development Program | xxxvi |
| Abstract | xxxvi |

| | |
|--|--------|
| Keywords | xxxvii |
| Introduction | xxxvii |
| 1. Conceptual analytical framework : Health promotion principles | xxxix |
| 2. A comprehensive health promotion approach..... | xl |
| A) The Health Promotion Laboratory: Intervention Component..... | xl |
| How was the program designed? | xl |
| How does the Laboratory fulfill the health promotion principles? | xliv |
| B) The Health Promotion Laboratory: Evaluation Component | xlvi |
| How was the evaluation designed? | xlvi |
| How does the evaluation fulfill the HP principles? | xlvi |
| 3. Discussion | xlvi |
| Conclusion | 1 |
| Annexe III..... | li |
| Annexe IV..... | liii |
| Annexe V | lv |
| Annexe VI..... | lvi |
| Annexe VI..... | 57 |
| Annexe VII | lx |
| Annexe IX..... | 61 |
| Annexe X..... | lxviii |
| Permissions de reproduire les articles dans cette thèse | lxviii |
| Article 1 | lxviii |
| Article 3 | lxxii |
| Article de l'Annexe I | lxxiv |
| Article de l'Annexe II..... | lxxvi |
| Annexe XI..... | lxxvii |
| Curriculum vitae - Marie-Claude Tremblay | lxxvii |

Liste des tableaux

| | | |
|------------------------|--|-----|
| Tableau I. | Principes fondamentaux des interventions en promotion de la santé | 10 |
| Tableau II. | Volets de la démarche opérationnelle et activités qui s’y rapportent | 41 |
| Tableau III. | Critères de choix des différentes questions..... | 70 |
| Tableau IV. | Paramètres de la recherche en fonction de chacune des questions... | 75 |
| Tableau V. | Sources documentaires analysées dans le cadre de l’évaluation de la théorie d’intervention..... | 77 |
| Tableau VI. | Informations sur les données collectées dans les deux équipes dans le cadre de l’évaluation des processus..... | 82 |
| Tableau VII. | Caractéristiques des participants aux entrevues qualitatives..... | 90 |
| Tableau VIII. | Indices de fiabilité pour les principales catégories de codage..... | 92 |
| Article 1 : Table I. | Comparison of theory-based evaluation approaches and questions asked..... | 99 |
| Article 1 : Table II. | Phases of the operational process and related activities..... | 103 |
| Article 1 : Table III. | Essential conditions expected of CSSSs and participants..... | 104 |
| Article 1 : Table IV. | Integrative framework..... | 111 |
| Article 2 : Table I. | Phases of the operational process and related activities..... | 126 |
| Article 2 : Table II. | Information concerning data collection strategies used in this study..... | 130 |
| Article 2 : Table III. | Factors that influenced the learning process in the two cases..... | 141 |
| Article 3 : Table I. | Category definitions for formative and critical reflexivity..... | 159 |
| Article 3 : Table II. | Summary of the findings..... | 165 |

Liste des figures

| | | |
|-----------------------|---|-----|
| Figure 1. | Articulation de la thèse au sein de la problématique..... | 68 |
| Figure 2. | Cadre théorique de la thèse..... | 69 |
| Article 1 : Figure 1. | Logic model for the Health Promotion Laboratory..... | 105 |
| Article 2 : Figure 1. | Factors influencing the learning process..... | 142 |

Liste des sigles

Français

| | |
|-------|---|
| ASPC | Agence de santé publique du Canada |
| CCNSP | Centres de collaboration nationale en santé publique |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CSST | Commission de la santé et de la sécurité du travail |
| DSC | Département de santé communautaire |
| DSPM | Direction de santé publique de l'Agence de la santé publique de Montréal |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IPCDC | Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences |
| JASP | Journées annuelles de santé publique |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PAL | Plan d'action local |
| RLS | Réseau local de services |
| SRAS | Syndrome respiratoire aigu sévère |

Anglais

| | |
|------|---|
| COL | Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice |
| HSSC | Health and Social Services Centre |
| HPL | Health Promotion Laboratory |
| PHDM | Public Health Department for Montreal |

À mon fils Axel

Remerciements

Comme tout(e) doctorant(e) qui voit son sinueux – mais excitant – périple s’achever, c’est avec beaucoup de reconnaissance et une pointe d’euphorie que j’écris ces lignes. Au cours des cinq dernières années, j’ai pu prendre appui sur plusieurs personnes pour assurer le succès de mon aventure doctorale et je tiens à le souligner dans ces pages.

Merci tout d’abord à mes directrices de recherche, Lucie Richard et Astrid Brousselle, deux femmes que j’admire beaucoup et qui ont été pour moi des balises dans ce sinueux parcours. Merci pour votre équilibre, vos commentaires nuancés et vos conseils expérimentés.

Merci à toute l’équipe du Laboratoire de promotion de la santé de la Direction de santé publique de Montréal, et plus particulièrement à Nicole Beaudet, ma mentor de santé publique, qui m’ont accueillie dans ce milieu de pratique, m’ont fait découvrir les dessous du programme et ont nourri ma réflexion de leur savoir expérientiel particulier.

Merci aux participants du Laboratoire, qui ont partagé leur expérience avec moi et m’ont toujours chaleureusement reçu.

Merci aux organismes subventionnaires qui m’ont offert leur soutien et leur confiance : le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), le Programme 4P (programme stratégique de formation des IRSC et du RRSPQ en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique: Promotion, Prévention et Politiques Publiques), ainsi que l’Institut de recherche en santé publique de l’Université de Montréal (IRSPUM).

Merci aux membres du jury de cette thèse, qui par leurs commentaires pertinents et éclairés, ont participé à l’enrichissement et l’amélioration générale de cette thèse.

Merci aux professeurs de l’École de santé publique de l’Université de Montréal, plus particulièrement à ceux de l’option promotion de la santé du PhD de santé publique, qui ont contribué de façon soutenue à ma formation de chercheure durant les cinq dernières années.

Merci aux aléas du doctorat et à ses petits tracas malvenus, qui m'ont fait grandir malgré moi.

Merci à mon fils, Axel, le plus beau et le plus fascinant de mes objets d'observation, qui m'a permis de me découvrir et de m'épanouir en tant que maman, et de relativiser d'un coup tous mes tracas de doctorante.

Merci à mon conjoint, Pier-Luc, qui m'a accompagné dans cette aventure avec une confiance aveugle et une foi inébranlable.

Merci aux 'irréductibles 4P', qui ont prêté une oreille compatissante à mes lamentations, dans un pub anonyme de Montréal, d'Ottawa ou d'Edmonton.

Merci aussi aux autres étudiants du programme 4P, qui bien que m'ayant écouté trop de fois présenter mon projet, l'ont toujours pertinemment commenté.

Merci aux étudiants de l'option promotion de la santé (particulièrement à la cohorte des 'survivants de promo'), qui ont brillamment cheminé à mes côtés, m'ont toujours offert une aide généreuse et m'ont inspiré par leur créativité et leur rigueur.

Un merci spécial à Lynda Rey, Stephanie Alexander et André-Anne Parent, qui ont respectivement contribué à valider les analyses de mon troisième article, révisé certains passages en anglais et relu la problématique de cette thèse.

Merci à mes parents, à leur amour et à leur soutien indéfectible, qui m'ont permis de me réaliser et d'aller au bout de mes capacités.

Merci en outre à mes voisins, qui m'ont démontré que j'étais capable de concentration dans toutes les conditions.

Chapitre 1

Chapitre 1. Introduction

En recherche qualitative, on peut concevoir l'explication comme la construction narrative d'une histoire grâce à la mise en relation d'un phénomène avec son contexte (Mucchielli 2005). De la même façon, pour bien comprendre cette thèse, il faut la voir comme une histoire façonnée par plusieurs autres histoires concomitantes. Tout d'abord, l'histoire du champ de la santé publique, un champ marqué par l'apparition et la coexistence de différents discours, tels que celui de l'hygiène publique, de l'approche biomédicale ou de la prévention des maladies (Robertson 1998; Fassin 2000; Potvin 2003; Bunton and Macdonald 2004). Dans cette histoire, la promotion de la santé est un discours moderne et novateur articulé principalement par la Charte d'Ottawa dès 1986, qui vise à orienter la santé publique vers l'action communautaire, participative et intersectorielle (Robertson 1998; Fassin 2000; Rootman, Goodstat et al. 2001; Green and Kreuter 2005).

Parallèlement à cette histoire, il y a celle du système de santé du Québec, en proie à des mutations ponctuelles depuis sa création, en réponse à des contingences politiques, économiques et idéologiques. À travers ces diverses mutations, on remarque une tendance à intégrer plus formellement les domaines de la santé publique et des soins à travers une même gouverne, tendance que réaffirme la dernière réforme du système de santé au Québec, avec un nouveau mode d'organisation basé sur les réseaux locaux de services. La mise en place de cette réforme s'opérationnalise notamment à travers la création au palier de gouverne locale des centres de santé et de services sociaux (CSSS), entités responsables de développer et d'animer les réseaux de façon à permettre une offre de services plus continue, coordonnée et accessible (Breton 2009; Ministère de la santé et des services sociaux 2013). Avec la création des CSSS, la réforme propose de nombreux défis aux professionnels de la santé, dont ceux d'intégrer les activités de promotion et de prévention aux services de première ligne, en plus de planifier l'offre de services sur la base des besoins de la population locale (Lévesque and Bergeron 2003; Breton 2009).

On distingue ensuite l'histoire du développement professionnel en santé publique, une histoire relativement récente qui se construit en réaction aux deux premières ainsi qu'à des

circonstances événementielles (Gebbie and Hwang 2000; Tilson and Gebbie 2004; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009). Ainsi, au Canada, c'est suite à l'épidémie de SRAS en 2003 que le développement professionnel est identifié comme une composante clé de l'infrastructure de santé publique, parce que permettant à celle-ci d'améliorer son potentiel à répondre aux divers besoins de la population (Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique 2003). Le développement professionnel est rapidement conçu comme un levier potentiel afin de faire face aux transitions importantes de la pratique (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009).

Enfin, il y a l'histoire du programme¹ évalué dans cette thèse, le Laboratoire de promotion de la santé, dont l'origine est étroitement liée aux histoires précédentes. Ce programme de développement professionnel, conçu en 2009 par une équipe de la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, résulte principalement du constat de l'actualisation difficile de la dernière réforme dans les CSSS (Beaudet, Richard et al. 2011). Le Laboratoire de promotion de la santé vise donc à soutenir des équipes locales de professionnels et de gestionnaires dans l'accomplissement de leurs nouveaux mandats et dans l'intégration de nouvelles stratégies d'action orientées vers la promotion de la santé et la responsabilité populationnelle. Préalablement à l'implantation du programme dans les CSSS au début de 2010, les promoteurs ont suggéré l'intégration d'une composante évaluative, qui permettrait de fournir des résultats utiles à l'amélioration du programme. C'est ici que commence l'histoire de cette thèse, qui propose une étude évaluative du Laboratoire de promotion de la santé.

C'est à l'automne 2009 que l'auteure de cette thèse a été invitée, à titre d'étudiante-chercheuse, à se joindre à une équipe d'intervention de la Direction de la santé publique de

¹ Dans cet article, les termes 'programme' et 'intervention' sont utilisés de façon interchangeable pour désigner « un mode de planification et d'organisation de l'action collective en vue de produire un changement jugé désirable dans une population » (Potvin, Bilodeau et al. 2008: 18). Toutefois, par souci de clarté, nous préférons le terme 'programme' pour désigner le Laboratoire de promotion de la santé et le terme 'intervention' pour indiquer les projets développés par les équipes à l'intérieur du Laboratoire.

Montréal (DSPM)². À cette époque, le Laboratoire de promotion de la santé, dont l'implantation était prévue dans deux sites à partir de l'hiver 2010, constituait encore un projet pilote qui ne faisait l'objet d'aucune évaluation. Dans ce contexte, une évaluation était perçue comme désirable par les promoteurs afin de fournir des résultats utiles à l'amélioration de cette démarche d'intervention. Prenant naissance dans ce besoin, cette thèse de doctorat commença alors à être articulée autour de l'évaluation du programme de Laboratoire de promotion de la santé. En collaboration avec les promoteurs du programme, des besoins furent identifiés quant à l'évaluation de la théorie d'intervention du programme (le modèle du programme), de l'implantation de ce modèle dans les différents sites, ainsi que des effets proximaux du programme sur les participants. Cette thèse de doctorat vise donc à évaluer le Laboratoire de promotion de la santé sous trois angles, qui renvoient à sa conceptualisation, son implantation et ses effets. Parallèlement, l'évaluation focalise sur différents niveaux d'apprentissage (individuel, équipe, organisation) impliqués dans le cadre du programme.

Fruit d'une démarche extensive de collaboration entre la chercheuse et l'équipe ayant développé le programme³, cette thèse évaluative s'inscrit dans le courant des évaluations centrées sur l'utilisation, qui visent à rendre les résultats de l'évaluation pertinents pour les principaux utilisateurs (Patton 2008). Afin de favoriser cette collaboration et pour permettre une compréhension aiguisée et entière du programme évalué, l'évaluatrice-chercheuse s'est vue intégrée dès le départ à l'équipe des promoteurs du projet, tout en conservant son statut particulier d'étudiante universitaire. Dans le paradigme de l'évaluation centrée sur l'utilisation, l'évaluateur doit se montrer actif, réactif et adaptatif : actif en identifiant les utilisateurs-clés et les questions d'évaluation appropriées; réactif aux nouveaux apprentissages découlant de l'évaluation; adaptatif en ajustant l'évaluation à l'évolution de la compréhension du programme (Patton 1997; Alkin and Christie 2005). Conformément à ces principes, les

²En 2011, une équipe de chercheurs et d'utilisateurs de connaissances menée par Lucie Richard a obtenu une subvention des IRSC (PHE-122177) pour évaluer de façon plus extensive les processus et les effets des Laboratoires implantés depuis 2010. L'auteure de cette thèse agit à titre de collaboratrice sur ce projet de recherche.

³ Équipe du Laboratoire de promotion de la santé de la Direction de santé publique de Montréal (DSPM), aussi appelée 'équipe des promoteurs du programme' ou 'équipe de la DSPM'.

questions d'évaluation, le devis de l'étude et les paramètres des stratégies de collecte de données ont été définis en collaboration avec les principaux utilisateurs de résultats, soit l'équipe des promoteurs de la DSPM. Cette équipe a également été impliquée dans la validation des résultats de chacun des articles. De plus, des mécanismes de rétroaction ont été mis en place périodiquement pour partager les résultats et faciliter l'amélioration conséquente du programme. En outre, l'évaluation s'est ajustée en cours de route à l'évolution des représentations du programme⁴.

Cette thèse débute par brosser, dans le Chapitre 2, un portrait général de la problématique des changements de pratique en santé publique à travers l'histoire de la promotion de la santé et des réformes du système de santé au Québec, pour ensuite aborder la problématique du développement professionnel, souvent conçu comme un levier d'action à privilégier afin de faciliter l'adaptation efficace des professionnels à ces changements. Le programme de développement professionnel évalué dans cette thèse, le Laboratoire de promotion de la santé, est ensuite décrit en détails dans le Chapitre 3. Le Chapitre 4 propose un survol des différentes perspectives théoriques susceptibles de conceptualiser le développement professionnel, de façon à permettre l'élaboration d'un cadre conceptuel pour cette thèse. Le Chapitre 5 capitalise sur les précédents pour construire l'articulation conceptuelle et théorique de la thèse, à partir des questions évaluatives spécifiques. Les paramètres de la méthodologie utilisée pour répondre à chacune des questions évaluatives sont brièvement définis dans le Chapitre 6, avant que ne soient présentés les trois articles conceptuellement liés qui constituent le corps de cette thèse, dans le Chapitre 7. Enfin, une discussion des résultats qui aborde notamment les défis ainsi que les principales forces et limites de la thèse est proposée dans le Chapitre 8, suivie d'une conclusion générale qui pointe quelques avenues futures de recherche, dans le Chapitre 9.

⁴ Plus de détails sur ces mécanismes dans la section 8.3.2 de la discussion, Chapitre 8.

Chapitre 2

Chapitre 2. Problématique

2.1 La promotion de la santé : l'émergence d'un nouveau discours et d'une nouvelle pratique en santé publique

La santé publique moderne apparaît officiellement au cours du 19^e siècle en réponse aux grandes épidémies de maladies infectieuses en Europe (Rosen 1993; Fassin 2000; Potvin 2003; Bunton and Macdonald 2004). Elle est alors fondée sur un discours de médecine sociale qui s'intéresse aux effets des conditions environnementales et socio-sanitaires sur la santé (hygiène publique). En Europe, cette période verra apparaître plusieurs interventions d'assainissement des villes visant à pallier les effets délétères de l'industrialisation rapide et de l'urbanisation massive (Desrosiers 2012). Au début du 20^e siècle, la santé publique devient fonction intégrante de l'appareil étatique des nations naissantes, avec pour but d'assurer la productivité de la société par une croissance démographique stable de la population et une diminution de la maladie et la mortalité (Rosen 1993; Potvin 2003; Baum 2008).

Parallèlement, le mouvement contagionniste, prenant racine dans les avancées de la microbiologie, des sciences cliniques et de la technologie médicale, connaît ses premiers succès au tournant du 20^e siècle. Ces développements influencent l'évolution de la santé publique, qui se distance temporairement de son focal socio-environnemental pour suivre une approche plus individuelle de la santé (Robertson 1998; Potvin 2003; Bunton and Macdonald 2004). Cela permettra au discours biomédical de s'épanouir durant la première partie du 20^e siècle, promulguant des actions qui ciblent les agents de transmission des maladies tels que les programmes de vaccination et d'immunisation massive (Bunton and Macdonald 2004; Desrosiers 2012). Indice de l'essor de cette nouvelle techno-médecine, l'accès aux soins est conçu comme un des principaux déterminants de la santé et deviendra la pierre d'assise de l'État-providence canadien dans l'après-guerre (Robertson 1998; O'Neill, Pederson et al. 2007; Baum 2008)

Pourtant, à partir de la seconde moitié du 20^e siècle, la santé publique retourne à ses premiers amours avec des approches écologiques et environnementales qui laissent une certaine place à l'auto-détermination de l'individu. Plus que des utilisateurs de services, les individus sont alors considérés comme producteurs de leur propre santé à travers leurs habitudes de vie et leurs comportements, qui s'inscrivent dans des contextes particuliers (Bunton and Macdonald 2004; Baum 2008). En 1974, dans la foulée de l'évaluation du système de soins universel au Canada, le Rapport Lalonde (Lalonde 1974) formalise ces nouvelles idées concernant la santé et ses déterminants, contribuant à l'émergence d'un discours essentiellement articulé sur la prévention plutôt que sur le traitement (Robertson 1998; O'Neill, Pederson et al. 2007). L'argument principal du Rapport Lalonde est que l'accès aux soins n'est pas le principal déterminant de la santé, loin de là, et que d'autres facteurs, tels que l'environnement, la biologie humaine et les habitudes de vie jouent un rôle prépondérant (Robertson 1998). Le contexte de l'époque favorise une lecture du Rapport Lalonde axée sur les habitudes de vie et les comportements, ce qui a pour effet d'institutionnaliser les approches individuelles de changement de comportement dans les politiques publiques et la planification en santé publique (Robertson 1998). Ce faisant, plusieurs critiqueront le Rapport Lalonde pour sa représentation des comportements comme des actes décontextualisés et entièrement attribuables à l'individu, omettant l'influence cruciale du contexte social, économique, politique dans l'adoption et le maintien des comportements (Robertson 1998; Raphael 2008). De plus, on constate à ce moment que malgré l'accès universel aux soins, des inégalités de santé sont toujours présentes, exposant ainsi les limites des solutions universelles et des systèmes d'action basés seulement sur la science et l'expertise professionnelle (Robertson 1998; Potvin 2003).

En réponse à ceci, un discours alternatif présentant une explication frontalement sociale de la santé commence à émerger dans les années 1980, et prend formellement son envol avec la Charte d'Ottawa (Robertson 1998). Cette Charte, adoptée en 1986, reconnaît la

promotion de la santé comme un processus d'autonomisation⁵ permettant la prise en charge par l'individu de son propre bien-être, faisant de la santé une ressource essentielle à son épanouissement (Organisation Mondiale de la Santé 1986; Breslow 1999). Calquée sur celui des nouveaux mouvements sociaux citoyens, le discours de la promotion de la santé souhaite faire de la pratique de santé publique une approche intégrée ciblant une variété de facteurs de risque et de conditions sociales associées, avec la participation grandissante d'une multitude d'acteurs et de parties prenantes (Breslow 1999; Potvin 2003).

Née des discussions de l'Organisation Mondiale de la Santé et des efforts de la Charte d'Ottawa pour constituer une nouvelle vision de la santé et de ses déterminants en santé publique, la promotion de la santé est donc un phénomène récent que l'on peut concevoir à la fois comme une pratique et un discours spécifique de la santé publique (O'Neill 2003; O'Neill and Stirling 2006). Suivant Fassin (2000), une composante discursive est inhérente et essentielle à l'existence de la santé publique, cette composante s'attachant autant à définir l'agenda de la santé publique, à légitimer son action qu'à dénoncer ses lacunes. Dans ce contexte, la promotion de la santé se conçoit comme le dernier avatar discursif de la santé publique (Fassin 2000), s'exprimant sur le mode de l'innovation et des valeurs telles que l'autonomisation, la participation, la justice sociale et l'action communautaire (McQueen and Anderson 2001; O'Neill 2003; O'Neill and Stirling 2006; McQueen 2007). De fait, ce discours découle d'une prise de conscience accrue de l'existence des déterminants sociaux de la santé et de l'exposition inégale aux facteurs de risque, de la reconnaissance d'un besoin pour des solutions locales, de l'importance de la décentralisation du pouvoir et de la légitimation des discours alternatifs et marginaux (Robertson 1998; Potvin 2003; Porter 2007). Plusieurs documents, livres et articles se sont efforcés d'énoncer les principes idéologiques de la promotion de la santé dans le but de définir le champ et de caractériser l'intervention⁶. Le

⁵ Traduction du terme anglais *empowerment*. On utilise également le terme 'empouvoirement' pour référer à ce concept en français.

⁶ Voir aussi en annexes de cette thèse les articles suivants :
Annexe I (Tremblay and Richard 2011)
Annexe II (Tremblay, Richard et al. 2013)

Tableau I présente un des efforts les plus significatifs de formalisation de ces principes par un groupe de travail de l'Organisation Mondiale de la santé.

Tableau I. Principes fondamentaux des interventions en promotion de la santé (Adapté de: Rootman, Goodstat et al. 2001)

| Principes | INTERVENTIONS |
|----------------------|---|
| Autonomisation | Permettre aux individus et aux communautés d'assumer plus de pouvoir sur les facteurs personnels, socio-économiques et environnementaux qui affectent leur santé. |
| Pérennité | Amener des changements que les individus et les communautés peuvent maintenir une fois l'intervention terminée. |
| Participation | Impliquer les acteurs concernés à toutes les étapes du projet. |
| Holisme | Considérer les multiples dimensions de la santé : physique, mentale, sociale et spirituelle. |
| Intersectorialité | Faire collaborer des acteurs des différentes disciplines et secteurs concernés. |
| Stratégies multiples | Utiliser une variété d'approches en combinaison. |
| Équité | Viser l'équité en santé et la justice sociale. |

Un des principes fondamentaux autour desquels s'articule le discours de promotion de la santé est la notion **d'autonomisation** (*empowerment*), un processus par lequel les individus, les groupes et les communautés gagnent un plus grand contrôle sur les décisions et les actions qui affectent leur santé (Nutbeam 1999). Ce faisant, l'idéaltype de l'intervention en promotion de la santé devrait viser des changements durables qui peuvent être **pérennisés** par les communautés à travers ce processus d'autonomisation. On considère généralement que l'autonomisation est grandement favorisée par la **participation** des individus dans la négociation des enjeux de santé qui les concernent (Mason and Boutilier 1996; Rootman, Goodstat et al. 2001). Aussi, parce qu'elle légitime la participation des individus, des groupes et communautés dans l'atteinte de leur santé, la promotion de la santé se réclame de l'action communautaire, qui procure un centre de gravité approprié aux interventions (Robertson 1998; Green and Kreuter 2005). Par ailleurs, en opposition avec le discours médical qui définit la santé comme la simple absence de maladie, la promotion de la santé poursuit l'atteinte d'une

santé conçue comme positive, ou **holistique**, intégrant des ressources et capacités physiques, mentales et sociales. L'**action intersectorielle**, impliquant la collaboration et le partenariat avec des agents d'autres secteurs concernés, et l'**intervention multistratégique**, qui utilise une variété d'approches en combinaison, sont d'autres caractéristiques de l'idéaltype de l'intervention en promotion de la santé. Ainsi, selon la Charte d'Ottawa :

« Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. » (Organisation Mondiale de la Santé 1986: 2).

Enfin, parce que la promotion de la santé vise à « réduire les écarts actuels dans l'état de santé et [à] donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé » (Organisation Mondiale de la Santé 1986: 2), elle est guidée par une considération particulière pour **l'équité** et la justice sociale. Il est d'un autre ordre de savoir si le discours idéologique et activiste de la promotion de la santé a évolué au-delà de la rhétorique – certains en doutant fortement (Raphael 2008; O'Neill 2012). Mentionnons toutefois que ces valeurs et principes sont toujours considérés aujourd'hui comme les fondations du champ par une majorité d'acteurs (Rootman, Goodstat et al. 2001; Green and Kreuter 2005; Catford 2009).

En tant que champ de pratique spécifique de la santé publique, la promotion de la santé se décrit comme un effort collectif afin d'améliorer et de promouvoir la santé d'individus, de groupes ou de communautés grâce à un assortiment de méthodes et de stratégies ciblant les individus ou les environnements (O'Neill 2003; Green and Kreuter 2005; O'Neill and Stirling 2006). « Health promotion and health education orchestrate a wide range of complementary actions at the individual, community, and societal levels. » (Allegrante, Barry et al. 2009: 479). C'est la Charte d'Ottawa qui définit en quelque sorte les balises du champ de la promotion de la santé en lui proposant différents terrains d'action, tels que les politiques publiques, les environnements, l'action communautaire, les aptitudes individuelles et le système de santé (Organisation Mondiale de la Santé 1986). Au niveau pragmatique, la promotion de la santé combine des stratégies d'action éducationnelles et écologiques pour agir

sur des comportements ancrés dans des environnements et des conditions de vie qui les déterminent en partie (Green and Kreuter 2005). Par le fait même, la promotion de la santé appelle les professionnels à s’émanciper d’une perspective individualiste et biomédicale de la santé ainsi qu’à adopter une vision holistique de la santé et de ses déterminants (Breslow 1999; Kickbusch 2003; Bunton and Macdonald 2004; Porter 2007).

2.2 L’intégration de la pratique de promotion de la santé en CSSS au Québec : une transition difficile

Dans les pays industrialisés et au Canada entre autres, les secteurs des soins et de la santé publique sont deux domaines de prestation du système de santé qui ont longtemps évolué en parallèle et ont souvent été tenus à l’écart l’un de l’autre, malgré l’implication significative de l’État dans ces deux champs (Lévesque and Bergeron 2003; Tilson and Berkowitz 2006; Breton 2009; Breton, Lévesque et al. 2009; Desrosiers 2012). Depuis les années 1960, un mouvement grandissant propose l’intégration de la santé publique, conçue comme un mode d’intervention **collectif** visant à promouvoir, protéger et améliorer la santé des populations, au sein du secteur des soins, envisagé comme mode d’intervention **individuel** axé sur des actions préventives, diagnostiques, curatives et palliatives (Lévesque and Bergeron 2003). De fait, pour plusieurs auteurs, il apparaît maintenant évident que « les rôles de la santé publique sont à la fois complémentaires et spécifiques dans l’atteinte des objectifs des systèmes de santé » (Lévesque and Bergeron 2003: 73). Au cours des dernières décennies, une vague de réformes, répondant à la volonté des gouvernements d’augmenter la performance des systèmes de santé à travers l’intégration des services, a graduellement changé l’organisation des secteurs des soins et de la santé publique au Canada (Breton 2009; Breton, Lévesque et al. 2009).

Au Québec, cette intégration s’amorce au début des années 1970, avec la réforme de l’organisation des services de santé et des services sociaux. Cette réforme crée notamment de nouvelles structures de santé publique qui remplacent les unités sanitaires de comtés et les services de santé municipaux : ce sont les départements de santé communautaire (DSC) à l’échelon sous-régional et les centres locaux de services communautaires (CLSC) au niveau

local. Cette restructuration s'appuie sur le concept de santé communautaire, qui sous-tend une approche de planification centrée sur les besoins de la population, participative, et où le cloisonnement du préventif et du curatif ne tient plus (Pineault and Daveluy 1995). Dans cette perspective, les DSC, qui sont localisés dans des hôpitaux, ont entre autres pour mandat d'établir des liens avec les services curatifs afin de prévenir les maladies et de protéger la santé des populations desservies (Desrosiers 2012). Les CLSC, quant à eux, intègrent le système de soins et la santé publique au sein d'une triple mission : « fournir des soins curatifs et préventifs, des services sociaux individuels et des services dits d'action communautaire » à la population locale (Desrosiers 2012). Dans les décennies qui suivront, l'exercice d'évaluation du système de santé mené par plusieurs commissions d'étude permettra d'identifier certaines faiblesses de l'infrastructure du système de santé d'alors et d'y remédier par l'adoption de lois-cadres et de réformes conséquentes, qui visent entre autres une meilleure intégration du préventif et du curatif, une gestion fondée sur les résultats, la régionalisation et la mise en réseau des services, etc. (St-Pierre 2008; Desrosiers 2012). C'est dans cette foulée qu'est mise en place la dernière réforme du système de santé en 2004, se concrétisant principalement par l'implantation d'un nouveau modèle d'organisation basé sur l'approche populationnelle (St-Pierre 2008; Beaudet, Richard et al. 2011).

La dernière réforme est une illustration concrète de la volonté du gouvernement de réaffirmer la place de la santé publique dans la mission des établissements de santé. Prenant naissance dans la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003), la réforme de 2004 vise à mettre en place des réseaux **locaux de services** (RLS), censés rapprocher les services de la population ainsi que de les rendre plus continus et coordonnés (Ministère de la santé et des services sociaux 2008; Ministère de la santé et des services sociaux 2013). L'opérationnalisation de cette réforme se fait à travers la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), nouveau palier de gouverne locale regroupant des centres locaux de services communautaires, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, et dans plusieurs cas, des centres hospitaliers (Gouvernement du Québec 2004; Breton 2009). Le CSSS, au cœur des réseaux locaux de services, devient le quartier général de la prestation locale des services de santé et services sociaux avec la

responsabilité de mobiliser et de coordonner la participation des autres acteurs et partenaires du milieu à l'offre de service (Breton 2009; Beaudet, Richard et al. 2011). L'intégration formelle de la santé publique aux structures locales de décision passe par l'élaboration de plans d'action locaux de santé publique (PAL), qui définissent les cibles d'action de la programmation du CSSS (Ministère de la santé et des services sociaux 2003; Breton 2009). Dans ce contexte, le CSSS doit offrir un continuum de services sur la base d'une **responsabilité populationnelle**, qui promeut l'amélioration de la santé et du bien-être de la population d'un territoire à travers une offre de services adaptée aux besoins de santé de la population locale (Gouvernement du Québec 2004). Cette nouvelle rhétorique populationnelle, empruntée à la santé publique, intègre certains principes propres à la promotion de la santé, tels que l'action préventive, communautaire, intersectorielle et le partenariat. En définitive, la réforme propose aux CSSS le mandat d'articuler, sur la base des besoins de sa population, les secteurs des soins et de la santé publique, à travers un continuum de services qui va de la promotion de la santé aux soins palliatifs (Breton 2009).

L'attribution aux CSSS d'une responsabilité populationnelle pose de nouveaux défis aux professionnels de santé au Québec, qui doivent intégrer activités de promotion et de prévention dans leurs pratiques, en plus de planifier leur offre de services sur la base des besoins de la population locale (Breton, Lévesque et al. 2008; Breton 2009). En effet, bien que certains gestionnaires de CSSS aient été familiarisés avec les concepts de promotion de la santé, de prévention et de responsabilité populationnelle à travers des activités de développement professionnel ciblées (notamment l'IPCDC), la formation initiale des professionnels travaillant en CSSS n'inclut généralement pas de composante éducative formelle en ce domaine (Richard, Gendron et al. 2010; Beaudet, Richard et al. 2011). Par exemple, au Québec, les infirmières qui constituent la plus grande proportion de la main-d'œuvre de santé publique dans les organisations locales (Richard, Gendron et al. 2010), ont le plus souvent reçu une formation (collégiale ou universitaire) en sciences infirmières orientée vers le traitement des maladies et les pratiques cliniques individuelles, bien qu'une faible

proportion d'entre elles aient complété des études graduées en santé communautaire⁷ (Richard, Gendron et al. 2010; Beaudet, Richard et al. 2011). De fait, « Notions of population health are often considered “add-ons” in undergraduate training and appear only to be addressed in clearer terms in master’s programs for postgraduate nurses » (Beaudet, Richard et al. 2011: E8). De plus, même si les standards canadiens de la pratique infirmière mettent l’emphase sur certains concepts clés de santé publique (Community Health Nurses Association of Canada 2009), les normes guidant la pratique dans ce domaine au Québec sont pratiquement inexistantes (Richard, Gendron et al. 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2012). Ainsi, les seules activités réservées qui ont trait à la santé publique telles que définies par l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec se rapportent plus spécifiquement à la surveillance, la protection (vaccination, isolement) et la prévention individuelle en aval de la maladie (dépistage et diagnostic), éliminant de ce fait les stratégies d’intervention populationnelles propres à la promotion de la santé ainsi que l’action sur les déterminants socio-environnementaux de la santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2012).

Ces différentes contingences expliquent pourquoi l’intégration des nouveaux principes d’action imposés par la réforme de 2004 dans les mœurs des professionnels de CSSS ne se fait pas sans heurt (Breton, Lévesque et al. 2008; Breton 2009). D’ailleurs, l’évaluation à mi-mandat de l’implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012* met en lumière :

« la nécessité de renforcer la prévention à l’intérieur du système de santé. Il s’agit là d’une condition essentielle si l’on veut travailler efficacement à l’amélioration de la santé de la population. Un tel renforcement repose sur un meilleur arrimage des exercices de planification réalisés à chaque palier et sur la mobilisation des acteurs du système de santé et de services sociaux à l’égard de la prévention. » (Ministère de la santé et des services sociaux 2008 : 22)

L’évaluation souligne également le fait que ce sont les activités de soutien à l’organisation de services, ce qui inclut la promotion et le soutien à l’intégration des pratiques cliniques préventives, qui sont les moins implantées (Ministère de la santé et des services sociaux 2008). De la même façon, Beaudet, Richard et al. (2011), qui ont étudié plus

⁷ Au Québec, les formations spécialisées en santé publique sont offertes uniquement au niveau des études

spécifiquement les pratiques infirmières dans les CSSS de Montréal après la réforme, font le constat que ces pratiques sont toujours majoritairement orientées vers les soins cliniques et l'intervention individuelle. Suivant les auteurs, les professionnels de CSSS démontrent une compréhension limitée du concept de la promotion de la santé, qu'ils conçoivent essentiellement comme de l'éducation à la santé à large échelle (Beaudet, Richard et al. 2011). Il en ressort en outre que la pratique quotidienne surchargée, dans un contexte de rareté de ressources, rend difficile l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé basée sur une logique populationnelle dans le réseau de la santé de Montréal (Beaudet, Richard et al. 2011). De plus, malgré certaines initiatives et efforts pour actualiser les pratiques dans ce domaine, une difficulté provient de ce que les programmes de développement professionnel existants sont fragmentaires et non coordonnés, n'offrant pas de continuité et de suivi aux participants (Beaudet, Richard et al. 2011). De surcroît, la pénurie de personnel en CSSS se pose comme un obstacle majeur à l'accès des travailleurs à divers types d'activités de développement professionnel et d'éducation continue (Beaudet, Richard et al. 2011). En effet, comment pourrait-on autoriser les professionnels à prendre part à ces activités lorsqu'on doit gérer une sévère pénurie de personnel? À tous ces égards, une offre adaptée et novatrice de développement professionnel est présentée comme une solution possible afin de soutenir le renouvellement et l'amélioration des pratiques en santé publique.

2.3 Le développement professionnel en santé publique : un levier potentiel pour faciliter l'intégration de la promotion de la santé

De façon large, le développement professionnel se décrit comme un effort conscient d'amélioration des pratiques professionnelles (Guskey 2000). En fait, le concept de développement professionnel est polysémique, sous-tendant des définitions multiples qui rejoignent, sans nécessairement les différencier, celles de formation et d'apprentissage continu, de perfectionnement, de développement de carrière, ou de croissance personnelle

(Galloway 2000; Muijs and Lindsay 2008). Ces définitions recourent à la fois le processus par lequel le professionnel évolue et les moyens par lesquels le développement professionnel se réalise (Uwamariya and Mukamurera 2005). Dans une vision ‘interventionniste’ de ce concept, on s’accorde généralement pour définir le développement professionnel comme tout mécanisme d’intervention visant à soutenir et à faciliter l’apprentissage des professionnels (Uwamariya and Mukamurera 2005). Ce concept est donc très proche de celui de formation continue, désignant « les activités de formation ayant lieu après la fin de la formation initiale [visant à favoriser] l’enrichissement et la mise à jour des connaissances ainsi que le développement des compétences » (Labesse 2008: 5). Le développement professionnel « encompass a wide variety of approaches and teaching and learning styles in a variety of settings (inside or outside of the workplace) » (Muijs and Lindsay 2008: 196). Il peut prendre l’apparence plus traditionnelle de formation ponctuelle sous forme d’ateliers, de colloques, de cours et de conférences, ou se réaliser à travers des activités plus appuyées qui s’incarnent dans des groupes de travail, des communautés de pratique, le développement de projet, le mentorat, etc. (Guskey 2000; Garet, Porter et al. 2001; Kennedy 2005). Dans la littérature, les activités qui sont soutenues dans le temps sont considérées plus efficaces que les autres, puisqu’elles permettent aux apprenants de discuter et de réfléchir en profondeur le contenu exploré ainsi que de l’expérimenter à travers sa mise en pratique dans la réalité (Garet, Porter et al. 2001).

En santé publique, le développement professionnel est souvent présenté comme un moyen d’augmenter l’efficacité du système et d’améliorer sa capacité à répondre aux divers besoins de la population, conduisant ainsi à de meilleurs résultats de santé pour les collectivités : « A capable and effective public health workforce is a critical resource for tackling ongoing public health challenges, emerging health risks, and national and global crises » (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009: S8). Ainsi, dans un contexte de rationalisation et de questionnement systématique des dépenses de l’État, le développement professionnel apparaît comme une composante clé de l’infrastructure de santé publique efficace et fait conséquemment l’objet d’une attention grandissante (Gebbie and Hwang 2000; Tilson and Gebbie 2004). « Pathways to boost workforce capacity include a constant stream of

new graduates and staff development via continuing education. » (Bennett, Lilley et al. 2010: 6).

On considère généralement que l'intérêt pour le développement professionnel a émergé avec la parution d'un rapport américain sur le futur de la santé publique (Institute of Medicine 1988), qui concluait que la formation et la pratique de santé publique étaient dramatiquement déconnectées. À la suite de ce rapport, plusieurs documents et articles se sont intéressés au rôle et à l'importance des initiatives de formation, d'éducation continue et de développement professionnel pour ajuster la pratique de santé publique (Gebbie and Hwang 2000; Tilson and Gebbie 2004; Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique 2005; Koo and Miner 2010). Au Canada, la crise engendrée par l'épidémie du SRAS en 2003 a stimulé un examen critique des effectifs de santé publique qui s'est notamment concrétisé par la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) en 2004 et la rédaction du rapport intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* (Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique 2003). Ce document soutient que « Notre but national devrait être de créer un groupe de professionnels de la santé publique hautement qualifiés et bien rémunérés dont les rôles, les responsabilités et le cheminement de carrière sont clairs » (Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique 2003: 140). Par la suite, le rapport *Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^e siècle* s'est intéressé plus spécifiquement à la planification des ressources humaines en santé publique en proposant un cadre de planification coopératif (Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique 2005). Au Québec, l'expertise en santé publique est un peu plus ancienne, grâce à la création dès 1998 de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Cet institut, qui agit à titre d'organisme conseil pour le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et les autorités régionales de santé publique, a entre autres pour mandat de collaborer à la définition des programmes de formation universitaires en santé publique ainsi que de rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue (Institut national de santé publique du Québec 2013).

L'importance du développement professionnel en santé publique fait l'unanimité, pour plusieurs raisons. D'abord, en raison du spectre très large de la santé publique, sa main-

d'œuvre recouvre un grand éventail de professionnels issus de diverses traditions académiques (Miner, Childers et al. 2005; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). Ceux-ci bénéficient de formations distinctes n'incluant pas nécessairement une composante éducative formelle en science ou en pratique de la santé publique (Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). Au États-Unis, le *Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions* estime que seulement 20% des 500 000 professionnels de santé publique ont bénéficié d'une éducation et d'une formation en santé publique (Hilliard and Boulton 2012). Dans ce contexte, les programmes de formation continue et de mise à niveau apparaissent comme essentiels afin d'offrir une base de compétences commune à ces professionnels disparates (Gebbie and Hwang 2000; Bennett, Lilley et al. 2010; Koo and Miner 2010). Ensuite, dans la mouvance de la mondialisation, la santé publique doit jongler avec de nouveaux défis tels qu'une gouvernance globale qui donne force aux logiques du marché, l'exacerbation de la pauvreté et des inégalités à l'échelle globale, etc. (Labonté 2007; McMichael and Butler 2007). De façon concomitante, les changements environnementaux causés par le réchauffement climatique apportent aussi leur lot de problèmes de santé en agissant sur la biodiversité, la désertification des sols, l'approvisionnement en eau potable. « Tackling these more systemic health issues requires multi-sectoral policy coordination at community, national and international levels, via an expanded repertoire of bottom-up, top-down and 'middle-out' approaches to health promotion » (McMichael and Butler 2007: 22). En outre, la santé publique est transformée par plusieurs discours et réformes qui changent graduellement le visage de la pratique et demandent une adaptation conséquente des professionnels. La promotion de la santé constitue un de ces nouveaux discours qui édicte à la pratique une action large et intersectorielle s'éloignant des stratégies promues par le modèle biomédical ou psycho-comportemental, auxquelles répondaient traditionnellement les praticiens (Organisation Mondiale de la Santé 1986; Breslow 1999; Green and Kreuter 1999; Kickbusch and Payne 2003; Bunton and Macdonald 2004; Porter 2007). De même, les multiples réformes implantées dans le système de santé exigent certains ajustement de la part des professionnels (Allegrante, Moon et al. 2001; Breton, Lévesque et al. 2008). Ces réformes tendent souvent à intégrer la santé publique plus formellement à travers le système de soins,

fournissant des responsabilités supplémentaires aux professionnels de la santé (Lévesque and Bergeron 2003; Breton 2009). En somme, tous ces défis et changements comportent des implications majeures pour les acteurs de la santé publique, et appellent à la mise en place d'une offre structurée de développement professionnel en santé publique. (Green and Kreuter 1999; Amodeo 2003; Bunton and Macdonald 2004).

Au Canada et au Québec, l'offre de développement professionnel s'est construite graduellement dans les dernières années à travers une gamme diversifiée de programmes, d'événements, d'ateliers et d'outils. Au niveau national, l'ASPC créait en 2007 une première version de son cadre de compétences essentielles en santé publique (Agence de la santé publique du Canada 2007) ainsi qu'un programme de développement professionnel en ligne pour l'intégrer, Compétences en ligne (*Skills Online*) (Agence de la santé publique du Canada 2013). En plus de cela, l'Agence propose d'autres types de formation continue aux professionnels de la santé publique, pour la plupart axées sur la surveillance et la protection des risques, par exemple un cours en ligne sur la reconnaissance du bioterrorisme en laboratoire (Agence de la santé publique du Canada 2013) ou un module de formation en ligne pour les professionnels de la santé sur l'importance de la vaccination contre la fièvre jaune (Agence de la santé publique du Canada 2008). Néanmoins, c'est principalement à travers les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP), subventionnés par l'ASPC, que le développement professionnel en santé publique évolue au Canada. Ces Centres ont le mandat de renforcer et de renouveler le système de santé publique du pays à travers le partage et la diffusion de connaissances de pointe en santé publique (Centres de collaboration nationale en santé publique 2013). Les Centres sont une véritable base de référence en ce domaine, offrant moult ateliers, webinaires, forums, outils et présentations afin de favoriser l'utilisation des connaissances auprès des intervenants de santé publique dans les domaines des déterminants de la santé, des maladies infectieuses, des méthodes et outils, des politiques publiques touchant la santé, ainsi que de la santé autochtone et environnementale.

Au niveau provincial, c'est l'Institut national de santé publique (INSPQ) qui a principalement contribué à enrichir l'offre de développement professionnel, grâce à la mise en place de plusieurs programmes et à la conception d'outils pour soutenir et faciliter

l'acquisition de nouvelles compétences et d'expertise en santé publique. À cet effet, L'INSPQ propose certaines formations continues thématiques, par exemple dans le domaine de la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang, ou sur l'intégration de l'approche 'École en santé' (Institut national de santé publique du Québec 2013). De plus, elle rend aussi disponible des outils plus généraux pour soutenir la planification des activités de développement professionnel, tel que le *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation, volet formation continue* (Labesse 2008) ainsi que le guide d'orientation *L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec* (Brahimi 2011). En outre, elle organise chaque année les Journées annuelles de santé publique (JASP), un événement à vocation principalement éducationnel, qui permet autant la formation des professionnels en regard de nouveaux enjeux que la valorisation des connaissances récentes sur les problématiques les plus prégnantes. À un autre niveau au Québec, il est important de souligner la création en 2006 de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC)⁸, un projet visant explicitement à soutenir la mise en place de la dernière réforme et l'exercice de la responsabilité populationnelle. De fait, l'IPCDC « entend assumer un leadership dans le développement des capacités à l'échelle du système pour relever le défi de la responsabilité populationnelle et ainsi améliorer la santé et le bien-être de la population » (Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences 2013). L'IPCDC mise sur l'accompagnement des CSSS et de leurs partenaires dans le cadre d'un projet concret pour développer leurs habiletés d'action, de partage des connaissances et de collaboration en regard de l'exercice de la responsabilité populationnelle.

⁸ L'IPCDC est un consortium des Agences régionales de services de santé et de services sociaux et leurs Directions de santé publique, de l'Association québécoise des établissements de services de santé et de services sociaux, de l'Institut national de santé publique du Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : Direction générale de la santé publique, Direction du personnel réseau et ministériel, de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services, des centres de santé et de services sociaux, d'Universitaires et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

2.4 Le développement professionnel comme objet d'étude et d'évaluation : des besoins à combler

Malgré le potentiel que représente le développement professionnel pour l'adaptation, la mise à niveau et l'amélioration des pratiques des professionnels de tous secteurs, on constate généralement qu'il s'agit d'un objet peu étudié et évalué. Ainsi, dans plusieurs domaines tels que l'éducation et la santé, l'évaluation des programmes de développement professionnel apparaît comme une activité marginale et réalisée de façon incomplète (Guskey 2000; Tilson and Berkowitz 2006; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010). Guskey (2000) recense quelques lacunes de cette littérature dans le domaine de l'éducation: (1) plusieurs évaluations ne consistent qu'en des descriptions des activités entreprises dans le cadre des programmes de développement; (2) les mesures d'effet se concentrent souvent sur la satisfaction des participants quant au programme de formation, élidant de ce fait l'évaluation des effets des programmes à court et à long termes; (3) les efforts évaluatifs se confinent la plupart du temps à de brèves évaluations réalisées de façon ponctuelle à la suite des événements, alors qu'ils gagneraient à intégrer des analyses d'implantation ainsi que l'analyse processuelle des changements de pratiques (Guskey 2000). De façon similaire, Clarke et Wilcockson (2001: 264), s'intéressant au développement de la pratique infirmière, soulignent notamment des besoins évaluatifs à ces niveaux : « the robustness of the evidence upon which the development is based, the processes of practice change and the pervasiveness of that development on the learning of practitioners and the organization ». Ces auteurs insistent généralement sur la nécessité de développer des évaluations qui prennent en compte certaines mesures d'effets et de changement de pratiques, tout en offrant une analyse de l'implantation des activités et des processus impliqués dans ces programmes (Guskey 2000; Scott-Little, Hamann et al. 2002; Muijs and Lindsay 2008).

De même, en santé publique, malgré la reconnaissance unilatérale de l'importance du développement professionnel pour consolider les capacités de la main-d'oeuvre, on remarque que l'étude et l'évaluation de ce type d'initiatives n'occupent qu'une place infime au sein de la littérature scientifique. En fait, la plupart des écrits consacrés aux effectifs de santé publique

sont des papiers descriptifs plutôt que des études empiriques et se bornent à qualifier la main-d'œuvre, sa formation et sa pratique (Beck and Boulton 2012). Dans les dernières années, certaines revues synthétiques (systématiques ou non) ont visé à faire état de la recherche sur la main-d'œuvre et la pratique de santé publique. Par exemple, Tilson et Gebbie (2004) dénombrent les principaux défis auxquels est confronté ce champ d'étude, Gotway Crawford et al. (2009) explorent de nouveaux outils et approches pour s'adresser aux priorités de recherche dans le champ, Hiliard et Boulton (2012) inventorient la recherche sur la diversité des professionnels en santé publique, leur recrutement, leur éducation et leur rémunération, tandis que Beck et Boulton (2012) s'intéressent à l'étendue de la main-d'œuvre, sa composition, son efficacité et son impact. Tous en viennent néanmoins à une conclusion semblable : « (...) the enormous legacy of neglect in conducting formal public health systems research including workforce research, sorely needed to advance the evidence base upon which policy in building the public health workforce must rest » (Tilson and Gebbie 2004: 342). Les études qui s'intéressent plus spécifiquement au développement de la main-d'œuvre de santé publique le font souvent à travers un portrait des besoins de formation continue des professionnels (Gebbie and Hwang 2000; Allegrante, Moon et al. 2001; Pruitt and Epping-Jordan 2005) ou l'élaboration de cadres éducationnels sur lesquels axer le développement de la formation (Gebbie 1999; Gebbie and Hwang 2000; Brocklehurst, Hook et al. 2005; Bryan, Kreuter et al. 2009), plutôt que de décrire des initiatives concrètes de développement professionnel et de rendre compte de leur évaluation, même si certaines exceptions sont notables (Ceraso, Gruebling et al. 2011). Devant l'absence d'un corpus signifiant de connaissances, certaines revues de littérature à vocation prescriptive pour le développement professionnel en santé publique s'inspirent des travaux réalisés dans d'autres champs. Par exemple, Koo et Miner (2010) suggèrent divers cadres éducationnels inspirés de l'éducation de l'adulte et de l'apprentissage réflexif pour ancrer la formation et le développement de compétences, tandis que Jayatilleke et Mackie (2012) s'intéressent au rôle et au potentiel que représente la réflexion pour le développement professionnel en santé publique, en se basant sur la littérature issue de disciplines connexes (sciences infirmières et autres sciences de la santé).

En promotion de la santé, qui constitue un sous-champ de la santé publique, la littérature scientifique consacrée au développement professionnel et à son évaluation fait aussi office de denrée rare. De façon similaire au reste de la littérature en santé publique, les articles qui s'intéressent à ce sujet focalisent plutôt sur les besoins actuels de formation de la main-d'œuvre (Swerissen and Tilgner 2000; Allegrante, Moon et al. 2001; Bennett, Lilley et al. 2010), ainsi que le développement de lignes directrices et de cadres de compétences pour la formation dans ce domaine et l'accréditation de la pratique (James, Shilton et al. 2001; Battel-Kirk, Barry et al. 2009; Greacen, Jouet et al. 2012). Dans le sillon du *Galway Consensus Conference Statement*, la revue *Health Education & Behavior* a même dédiée en 2009 une section aux enjeux de l'accréditation et de la formation en promotion de la santé (Allegrante, Barry et al. 2009; Allegrante, Barry et al. 2009; Cottrell, Lysoby et al. 2009; Taub, Allegrante et al. 2009, entre autres), mais cette littérature se situe en périphérie de l'étude du développement professionnel. Construisant sur la littérature antérieure, quelques revues de littérature s'aventurent à énoncer des principes pertinents au développement professionnel en promotion de la santé (Rivers, Aggleton et al. 1998; Oliver and Aggleton 2002). Encore là, l'absence d'une base de connaissances suffisante en promotion de la santé justifie le recours à la littérature issue de divers champs et disciplines. Néanmoins, il existe quelques rares documents discutant plus concrètement d'initiatives spécifiques en promotion de la santé (Labonté 1994; Defebvre, Vanlacken et al. 2009). En somme, le développement professionnel n'a pas la cote dans la littérature scientifique en promotion de la santé et la grande rareté des écrits présentant des exemples concrets de programmes de développement professionnel ou rendant compte d'évaluations de ces initiatives constitue une véritable lacune de la littérature scientifique.

On peut s'interroger sur les causes d'une telle modicité des écrits scientifiques sur ce thème. Il apparaît que plusieurs obstacles s'opposent à la construction d'un corpus de connaissances cohérent et rigoureux dans ce domaine. À cet effet, Tilson et Gebbie (2004: 351-352) relèvent certaines barrières institutionnelles et académiques auxquelles est confrontée la recherche sur la main-d'œuvre de santé publique, y compris la recherche sur le développement professionnel :

« The lack of a credible scientific forum for debate, rigorous peer review, and ultimately publication of work in the area has been a recognized impediment to raising the field of public health practice (including workforce) research to a level of academic credibility sufficient to attract leading public health scholars to the field, and for public health academic promotion and tenure committees to recognize this research as valid for a professional career in academia. »

Ceci dit, il faut aussi remarquer que les programmes de développement professionnel en santé publique résultent majoritairement d'initiatives publiques impliquant des instances de différents niveaux. Conséquemment, les évaluations de ces programmes (lorsqu'elles sont rendues publiques) font le plus souvent objet de littérature grise que scientifique, ce qui explique en partie pourquoi on retrouve bien peu d'évaluations de ce type dans les bases de références scientifiques. En raison de la difficulté d'identifier, de recenser et d'accéder à la littérature grise à partir des canaux de l'édition classique (Schöpfel 2006), la mise en commun et l'analyse des connaissances dans ce domaine sont ardues. Malgré tout, on assiste depuis les dernières années à une diffusion accrue des documents institutionnels sur Internet et il est maintenant possible d'accéder à certaines évaluations d'initiatives de développement professionnel publiques, telles que celle du programme *Compétences en ligne* de l'ASPC. Ainsi, ce programme de développement des compétences a fait l'objet d'une évaluation pour déterminer les principaux bénéfices retirés par les individus et organisations participantes. De même, au niveau provincial, l'INSPQ a aussi produit et rendu accessible quelques évaluations de ses programmes dans le domaine de la formation continue. Par exemple, elle diffuse en 2012 un rapport d'évaluation de l'implantation et des effets d'un modèle de développement professionnel visant à renforcer les capacités d'absorption des écoles au regard de l'approche École en santé (Deschesnes and Tessier 2012).

Toutes ces constats ont amené certains auteurs à affirmer que le développement professionnel en santé publique souffre en général d'un manque d'étude et d'évaluation (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010). Certains auteurs jugent que les savoirs scientifiques sont peu intégrés dans la conceptualisation de ce type de programmes (Tilson and Gebbie 2004; Tilson and Berkowitz 2006; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010), ce qui a motivé plusieurs écrits sur les cadres éducationnels et

formatifs pertinents au développement de la main-d'œuvre (Gebbie 1999; Gebbie and Hwang 2000; Brocklehurst, Hook et al. 2005; Bryan, Kreuter et al. 2009). D'autres dénoncent la quasi-inexistence de la littérature scientifique évaluative prenant pour objet des programmes de développement professionnel en santé publique (Guskey 2000; Muijs and Lindsay 2008; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009). Suivant Gotway Crawford et al. (2009), qui regrettent l'absence d'un cadre évaluatif rigoureux pour la formation et le développement professionnel en santé publique, les besoins criants dans ce domaine incluent l'identification des types de programmes de formation continue existants ainsi que leur impact sur les connaissances, les habiletés et les compétences des professionnels de santé publique (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009).

En fait, l'évaluation d'un programme de développement professionnel est susceptible de commander différents types d'études, d'analyses et d'évaluations, en fonction des différents besoins et questions auxquels on souhaite répondre. On établit habituellement une distinction entre l'évaluation normative ayant pour but de juger de la conformité de chacune des composantes de l'intervention à l'aune de critères et de normes particuliers (par exemple, l'appréciation de l'implantation, l'appréciation des effets), et la recherche évaluative, qui « vise à analyser, par des méthodes scientifiques valides et reconnues, le degré d'adéquation (la justesse des liens) entre les différentes composantes d'une intervention » (Champagne, Contandriopoulos et al. 2009: 49). Ainsi, l'étude évaluative comprend généralement l'étude d'un ou de plusieurs aspects d'un programme, à savoir : (1) le besoin à la source du programme, (2) la conceptualisation du programme, (3) l'implantation du programme, (4) les impacts et les effets du programme et (5) l'efficacité (Rossi, Freeman et al. 1998). Dans cette thèse, nous nous concentrerons sur la recherche évaluative concernant les composantes 2), 3) et 4), qui renvoient à l'évaluation de la théorie d'intervention, l'évaluation de l'implantation, et l'évaluation des effets. Chacun de ces types d'évaluation comporte une finalité propre et se situe dans une temporalité distincte. De fait, « The life of a social program can be thought of as a developmental progression in which different questions are at issue at different stages and, therefore, different evaluation approaches must be applied to answer those questions » (Rossi, Freeman et al. 1998: 44). Ainsi, l'évaluation de la théorie d'un programme peut

constituer une activité pré-implantation qui s'efforce d'analyser préliminairement la pertinence d'un modèle pour arriver aux résultats voulus⁹. Lorsqu'elle survient ainsi au début de l'histoire d'une intervention, une telle évaluation a une finalité stratégique, parce qu'elle contribue à la planification et à l'élaboration de l'intervention (Champagne, Contandriopoulos et al. 2009). L'évaluation de l'implantation, souvent dotée d'une finalité formative (mais pas nécessairement), permet d'examiner la mise en œuvre concrète d'un programme et le contexte dans lequel elle s'intègre afin de suggérer des améliorations en cours de route. Enfin, l'évaluation des effets d'un programme doit nécessairement avoir lieu à la suite de sa mise en œuvre dans la réalité et a le plus souvent une finalité sommative en cherchant à mesurer l'efficacité du programme (Champagne, Contandriopoulos et al. 2009).

2.4.1 L'évaluation de la théorie d'intervention

La conceptualisation d'un programme doit reposer sur une représentation valide du problème ciblé et proposer un plan faisable et logique pour agir sur ce problème (Rossi, Freeman et al. 1998). Une façon de s'assurer qu'un programme a la capacité de produire les résultats escomptés est d'évaluer la pertinence et la plausibilité du plan sur lequel il repose, aussi appelé la théorie d'intervention du programme. Souvent, cette théorie d'intervention, qui stipule les liens entre les ressources, les processus et les résultats attendus du programme, ne représente pas la façon effective dont le programme produit ses effets, mais plutôt les perceptions et croyances des concepteurs du programme quant à ces mécanismes causaux (Brousselle and Champagne 2011). Tester la validité de la théorie d'intervention est un pré-requis crucial avant d'investir plus largement dans l'implantation du programme et dans tout autre type d'évaluation.

Le courant des évaluations basées sur la théorie (*theory-based evaluations*) recoupernt une multitude d'approches qui permettent de déconstruire les mécanismes causaux d'un

⁹ Toutefois, mentionnons que dans le courant des évaluations basées sur la théorie, on analyse de plus en plus la théorie d'intervention au cours d'une phase d'implantation routinière, et non en pré-implantation. À cette étape, l'évaluation de la théorie d'intervention a soit une visée formative, soit une visée sommative, selon le type d'analyse effectuée (Brousselle and Champagne 2011).

programme et d'identifier ses éléments et facteurs de succès et d'échec. Ce type d'évaluation cherche à démontrer de quelle façon l'intervention doit être formulée afin d'agir sur le problème (Mayne 2012). Pour ce faire, les évaluations basées sur la théorie impliquent de représenter le programme de façon explicite et détaillée dans une forme écrite ou graphique (modèle logique). Ensuite, différentes approches peuvent être utilisées pour examiner si cette théorie d'intervention est plausible, faisable, raisonnable, appropriée ou éthique (Rossi, Freeman et al. 1998). En outre, parce que des modifications au programme sont beaucoup plus faciles à apporter en phase de conceptualisation, ce type d'évaluation est plus utile lorsqu'un programme est dans ses débuts. De plus, parce que l'analyse de la conception du programme requiert une collaboration étroite de l'évaluateur avec les concepteurs du programme, ce type d'évaluation nécessite l'engagement des parties prenantes dans le processus évaluatif et l'établissement de relations constructives avec celles-ci (Rossi, Freeman et al. 1998).

En santé publique, plusieurs auteurs ont déjà souligné l'importance d'intégrer des savoirs scientifiques dans la conception des programmes de développement professionnel (Bryan, Kreuter et al. 2009; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010). Certains ont même proposé des cadres éducatifs axés sur les compétences de santé publiques, les principes de l'apprentissage adulte, de l'éducation par compétences et de la pratique réflexive (Gebbie 1999; Gebbie and Hwang 2000; Brocklehurst, Hook et al. 2005; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). Koo et Miner (2010: 254) remarquent ainsi :

« Just as we in public health take a rigorous approach to our science, so too should we take a rigorous, evidence-driven approach to our workforce development. To be effective, we need to integrate what is known about how adults learn and to use systematic instructional and educational design methods ».

Certains auteurs appellent en outre à l'évaluation plus systématique de la théorie d'intervention de ces programmes grâce à un cadre évaluatif qui inclurait l'analyse des ressources et activités requises afin d'arriver aux résultats attendus (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009).

2.4.2 L'évaluation de l'implantation

Même si la théorie d'intervention d'un programme est jugée adéquate pour obtenir les résultats attendus et agir sur un problème, il reste que l'implantation du programme doit être conforme à cette théorie afin qu'il atteigne effectivement ses objectifs et ait un impact sur le problème ciblé (Rossi, Freeman et al. 1998). De plus, il est fort plausible que l'implantation du programme et les processus de production d'effets soient affectés par les paramètres du contexte dans lequel le programme s'insère (Champagne, Brousselle et al. 2009). Une évaluation d'implantation représente une option intéressante pour étudier la mise en œuvre concrète des activités, des opérations ainsi que des processus de production d'effets d'un programme et des conditions qui les affectent. Dans le cas d'un nouveau programme, on considère que l'évaluation d'implantation est d'autant plus utile car elle permet de mieux comprendre la dynamique d'implantation et les facteurs explicatifs cruciaux (Champagne, Brousselle et al. 2009).

L'évaluation d'implantation englobe une grande variété de termes qui recoupent des traditions évaluatives et des objectifs différents (Champagne, Brousselle et al. 2009). À son apparition, l'appréciation de l'implantation évoquait une démarche normative évaluant les écarts entre l'implantation prévue du programme et l'implantation réelle (*discrepancy evaluation*) (Provus 1971). L'évaluation de l'implantation, en général, s'intéresse davantage aux relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre (Champagne, Brousselle et al. 2009). Certains auteurs, tels que Patton (1997), conçoivent ce type d'évaluation comme complémentaire à l'évaluation des effets, en ce qu'elle permet de qualifier l'implantation du programme, d'évaluer son fonctionnement et de le lier aux résultats observés. Pour Patton, la force de ce type d'évaluation réside dans sa capacité à expliciter les mécanismes à l'origine des résultats d'une évaluation d'effets et à fournir des informations utiles aux décideurs pour guider l'action et ajuster le programme (Patton 1997). « Not knowing enough about implementation limits the usefulness of findings about effective programs (...) » (Patton 1997: 198). Suivant cet auteur, l'évaluation d'implantation peut prendre différentes formes qui incluent l'évaluation des efforts, le monitoring, l'évaluation des composantes, la spécification du traitement et l'analyse des processus.

D'autres auteurs incluent d'emblée l'analyse conjointe de processus et des effets sous la bannière de l'analyse d'implantation. Dans cette perspective, l'évaluation (ou l'analyse) d'implantation est considérée comme un type d'évaluation spécifique orientée sur les facteurs influençant la mise en œuvre de l'intervention et le processus de production des effets (Champagne, Brousselle et al. 2009). « L'analyse de l'implantation porte sur les relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte, en regard de la production des effets » (Champagne, Brousselle et al. 2009: 55). Par exemple, pour Champagne et al. (2009), l'analyse d'implantation comprend quatre composantes : (1-a) l'analyse de la transformation de l'intervention; (1-b) l'analyse de l'influence des déterminants contextuels sur le degré de mise en œuvre des interventions; (2) l'analyse de l'influence des variations dans l'implantation sur les effets observés; et (3) l'analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés. Les deux premiers types (1-a et 1-b) s'intéressent différemment à la forme adoptée par l'intervention tandis que les types 2 et 3 visent à expliquer les effets produits par l'implantation de l'intervention (Champagne, Brousselle et al. 2009).

S'il est rare que l'étude du développement professionnel s'intéresse à l'implantation des programmes et aux processus de production des effets (Muijs and Lindsay 2008), ce l'est d'autant plus dans le domaine de la santé publique (Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009). Pourtant, nombre de travaux empiriques et de modèles dans ce champ encensent les bénéfices des approches de développement professionnel processuelles et collaboratives, telles que les communautés de pratique, qui reposent avant tout sur des échanges et des relations entre les acteurs (Yorks, Marsick et al. 2003; Lemieux-Charles and McGuire 2006; Mallinson, Popay et al. 2006; Nicolini, Powell et al. 2008; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Ceraso, Gruebling et al. 2011; Thistlethwaite 2012). En dépit de la nature foncièrement processuelle de ces approches, leur évaluation reste le plus souvent confinée à l'évaluation d'impact et d'effets, excluant de fait l'analyse contingente des processus et des conditions menant aux résultats observés (King and Rowe 1999; Offenbeek 2001; Braithwaite, Westbrook et al. 2009). Plusieurs auteurs croient qu'il y a beaucoup à gagner dans l'étude des processus et des facteurs critiques impliqués dans ces

approches d'apprentissage de groupe (King and Rowe 1999; Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010; Chiocchio 2012). En fait, « going beyond inputs and outputs, and explicitly focusing on team learning processes is important because it helps us to understand why team learning outputs come about and, more specifically, it shows the systematic reasons for a particular occurrence or non-occurrence of team learning » (Decuyper, Dochya et al. 2010: 112). En outre, en santé publique et en santé plus généralement, des modèles rigoureux conceptualisant ces processus n'ont pas été appliqués, ce qui témoigne d'un besoin de ce champ (Lemieux-Charles and McGuire 2006; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Chiocchio 2012).

2.4.3 L'évaluation des effets

L'évaluation des effets s'envisage le plus souvent comme une analyse des liens entre un programme et ses effets. Ce type d'évaluation, qui reste la plus commune et connue, permet de s'intéresser à l'ensemble des effets observés (effets attendus du programme et effets non désirés ou non prévus) autant qu'à l'attribution causale de ces effets au programme évalué (Champagne, Brousselle et al. 2009). Elle recoupe en fait une variété d'approches, de l'analyse des effets à l'appréciation normative des résultats (Champagne, Brousselle et al. 2009). L'évaluation des effets est utile entre autres pour déterminer si le programme est efficace pour venir à bout du problème ciblé, pour comparer l'efficacité de différents programmes, ou pour tester l'utilité de nouveaux efforts (Rossi, Freeman et al. 1998).

Un des défis cruciaux de l'évaluation des effets consiste en la mesure de l'effet net d'un programme sur un problème. Cela implique en effet d'obtenir une mesure d'effet entièrement attribuable à l'intervention – c'est-à-dire que les changements observés suite au programme ne doivent pas être l'effet d'autres conditions, processus ou événements. Plusieurs devis qui reposent sur la comparaison avec une situation contrefactuelle sont habituellement suggérés pour parvenir à surmonter ce défi (Campbell and Stanley 1966; Champagne, Brousselle et al. 2009). Toutefois, il faut savoir que, dans un large éventail de situations

complexes, ces devis expérimentaux et quasi-expérimentaux ne sont pas possibles ou désirables (Alkin and Christie 2005; Mayne 2012).

L'examen critique de la littérature concernant l'évaluation des effets des programmes de développement professionnel révèle que ce type d'étude présente plusieurs lacunes. Ainsi, l'évaluation des effets se concentre souvent sur les niveaux de satisfaction des participants quant aux programmes de formation plutôt que de prendre en compte les effets de ces programmes sur les pratiques et les apprentissages des professionnels (Guskey 2000; Muijs and Lindsay 2008). En santé publique, certains auteurs ont souligné cette insuffisance et exhorté à plus de rigueur dans l'évaluation de ces programmes et leurs effets sur les connaissances, les compétences et les pratiques des professionnels de santé publique (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009).

2.5 Sommaire, constats et objectifs spécifiques de la recherche

L'histoire de la santé publique est marquée par différents discours qui ont balisé son évolution et changé le visage de sa pratique. Il y a quelques décennies, l'émergence du discours de la promotion de la santé infléchissait un nouveau tournant à la santé publique, orientant sa pratique vers l'action développementale, communautaire, participative et intersectorielle, et s'éloignant des stratégies promues par le modèle biomédical ou psycho-comportemental. Parallèlement, l'organisation des services publics subissait des changements importants dans les sociétés occidentales. Ainsi, répondant à la volonté des gouvernements d'augmenter la performance des systèmes de santé tout en rationalisant les dépenses, une nouvelle vague de réformes tend graduellement à intégrer le secteur de la santé publique plus formellement à travers le secteur des soins. Au Québec, la dernière réforme de 2004 en est une illustration concrète. Tous ces changements ont des implications majeures pour les acteurs de la santé et de la santé publique, qui doivent composer avec de nouveaux rôles professionnels, de nouvelles responsabilités et de nouvelles stratégies d'action.

Dans ce contexte, le développement professionnel apparaît comme un levier d'action à privilégier afin de faciliter l'adaptation efficace des professionnels à ces changements.

Toutefois, malgré la reconnaissance unilatérale de l'importance du développement professionnel pour renforcer les capacités de la main-d'œuvre de santé publique, ce domaine constitue toujours un parent pauvre du champ. D'une part, on remarque que les savoirs scientifiques sont peu intégrés dans la conceptualisation de ce type de programmes et qu'aucun standard spécifique n'a été établi dans ce domaine. D'autre part, un cadre d'étude rigoureux concernant le développement professionnel en santé publique est grandement nécessaire. Des besoins d'évaluation sont notamment ressentis pour s'assurer de la plausibilité de la théorie d'intervention de ces programmes, pour étudier leur implantation, leurs processus de production d'effets ainsi que leurs conditions contingentes, et pour analyser les effets à court et long terme de ce type d'efforts sur les apprentissages, les compétences et les pratiques de la main-d'œuvre de santé publique.

Cette thèse de doctorat vise à évaluer un programme de développement professionnel en santé publique, le Laboratoire de promotion de la santé. Ce programme, développé par la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, découle d'une volonté de faciliter l'intégration de la responsabilité populationnelle et du mandat de promotion de la santé attribués aux centres de santé et de services sociaux par la dernière réforme du système de soins. Plus précisément, ce programme vise à créer des changements à trois niveaux : (1) permettre aux **participants** de développer de nouvelles compétences professionnelles ainsi qu'une pratique réflexive; (2) permettre à **l'équipe** de développer collectivement de nouvelles pratiques de promotion de la santé pour confronter un enjeu spécifique; (3) permettre à **l'organisation** de faire place à ces nouvelles pratiques de promotion de la santé et assurer leur pérennité.

La présente thèse vise à évaluer le Laboratoire de promotion de la santé sous trois angles, qui renvoient à sa conceptualisation, son implantation et ses effets. Parallèlement, l'évaluation focalise sur différents niveaux d'apprentissage (individuel, équipe, organisation) impliqués dans le cadre du programme. Cette thèse a donc pour objectifs spécifiques de :

1. Examiner la plausibilité de la théorie d'intervention du programme (évaluation de la théorie d'intervention);

2. Décrire et comprendre les processus d'apprentissage d'équipe ainsi que les facteurs qui les influencent (évaluation des processus);
3. Explorer, du point de vue des participants, les effets réflexifs du Laboratoire (évaluation des effets).

Le prochain chapitre (Chapitre 3) présente avec plus de détails le programme évalué, en décrivant ses origines, ses objectifs, sa démarche générale, ses résultats visés. Il culmine par une représentation graphique de la théorie d'intervention du programme à travers un modèle logique.

Le Chapitre 4 dresse quant à lui un état des connaissances et des modèles susceptibles de théoriser le développement professionnel, telle que ceux de la littérature sur l'apprentissage professionnel, l'apprentissage d'équipe et l'apprentissage organisationnel. Ce chapitre a pour but d'explorer les principales définitions, conceptions et conditions de ces différents types d'apprentissage, de façon à permettre l'élaboration d'un cadre conceptuel pour cette thèse (dans le Chapitre 5).

Chapitre 3

Chapitre 3. Programme évalué

Ce chapitre vise à brosser un portrait détaillé et précis du programme qui constitue l'objet d'évaluation de cette thèse de doctorat, soit le Laboratoire de promotion de la santé.

3.1 Contexte du programme

En 2004, l'implantation de la réforme du système de santé au Québec reconfigure les paliers provinciaux, régionaux et locaux de santé publique. Ces trois paliers deviennent responsables de planifier, d'encadrer et de mettre en œuvre de façon concertée des plans d'action national, régionaux et locaux de santé publique (Ministère de la santé et des services sociaux 2008). Au niveau local, l'exercice culmine par la création de réseaux locaux de services, au centre desquels trônent les centres de santé et services sociaux (CSSS). Ceux-ci se voient attribuer une responsabilité populationnelle. Ce nouveau paradigme de gestion suppose l'amélioration de la santé et du bien-être de la population locale à travers un continuum de services coordonnés qui vont de la promotion de la santé aux soins palliatifs (Gouvernement du Québec 2004; Breton 2009). En 2008, une équipe de recherche réunissant la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal interroge l'intégration effective de la réforme de 2004 au palier local à travers l'étude des pratiques de promotion de la santé et de prévention des infirmières travaillant en centres locaux de services communautaires (CLSC) (Beaudet, Richard et al. 2011). L'étude démontre qu'une pratique quotidienne surchargée, dans un contexte de rareté de ressources, rend difficile l'intégration des mandats de prévention et de promotion de la santé basés sur une approche populationnelle dans le réseau de la santé de Montréal (Beaudet, Richard et al. 2011). L'étude souligne entre autres les limites actuelles de la formation initiale des professionnels et suggère de mettre en place une variété de conditions et de mécanismes facilitant l'actualisation des pratiques par des programmes plus adaptés et du soutien continu. En réponse à ces résultats, une équipe de la Direction de la santé

publique de Montréal (DSPM) développe un programme de développement professionnel inédit, le Laboratoire de promotion de la santé. À ce moment, le programme de Laboratoire de promotion de la santé s'intègre dans la stratégie globale du plan d'action régional de la Direction de santé publique visant à « soutenir le développement et le maintien des pratiques professionnelles et de gestion afin qu'elles intègrent la promotion, la prévention et la protection » (Direction de santé publique 2011: 54). De plus, au niveau local, le projet assiste les CSSS dans la mise en œuvre de leur propre plan d'action (PAL), puisqu'il soutient les activités de ces centres dans leurs domaines prioritaires d'action, par exemple, la santé au travail, l'adaptation sociale des jeunes ou la maturité scolaire.

3.2 Cible et objectifs du programme

Le Laboratoire de promotion de la santé est un programme développé en 2009 par une équipe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSPM) et implanté graduellement à partir de 2010 dans différents CSSS¹⁰ de la région de Montréal. Souhaitant soutenir de façon novatrice et adaptative les équipes locales dans l'intégration de la promotion de la santé, le programme marie des approches de développement des compétences, de pratique réflexive et d'apprentissage d'équipe à travers la résolution d'un problème concret de la pratique. Plus précisément, le Laboratoire de promotion de la santé vise à créer des changements à trois niveaux : (1) permettre aux participants de développer de nouvelles compétences professionnelles ainsi qu'une pratique réflexive; (2) permettre à l'équipe de développer collectivement de nouvelles pratiques de promotion de la santé (sous forme d'intervention) pour agir sur un enjeu spécifique identifié dans le PAL; (3) permettre à l'organisation de faire place à ces nouvelles pratiques de promotion de la santé et d'assurer leur pérennité.

¹⁰ Au moment de rédiger cette thèse, huit laboratoires avaient été implantés ou était en phase d'implantation dans des CSSS de Montréal. Toutefois, sur ce nombre, deux laboratoires ont été annulés.

3.3 Ressources, activités et démarche du programme

De façon concrète, chaque laboratoire regroupe une dizaine de participants provenant du même CSSS qui acceptent de s'engager volontairement dans la démarche, à la suite d'une brève présentation du projet au secteur. Les participants qui forment l'équipe du Laboratoire consistent le plus souvent en des professionnels de diverses disciplines et des gestionnaires issus d'un même secteur d'activité (par exemple, secteur Famille/Enfance/Jeunesse) en lien avec la thématique du Laboratoire. La formule implique des séances de trois heures aux deux semaines¹¹ conduites sur la base d'une démarche opérationnelle générale pouvant s'étaler sur deux ou trois ans. L'implantation de cette démarche opérationnelle est pilotée par un comité restreint de l'équipe du Laboratoire à travers des rencontres de préparation qui précèdent et planifient chacune des séances de laboratoire.

Les rencontres – de laboratoire autant que de préparation – ont lieu durant les heures de travail normales des employés, qui sont normalement libérés par l'organisation pour y prendre part. En plus d'accepter la création de cet espace-temps pour le Laboratoire, le CSSS participant doit aussi fournir des ressources qui favorisent les travaux du Laboratoire (par exemple : allègement de tâche grâce à la réattribution du travail à d'autres professionnels de l'équipe, accès des participants à certaines ressources telles qu'un ordinateur, jumelage d'intervenants, etc.). L'animation des rencontres de laboratoire est assurée par un professionnel ou un gestionnaire participant, qui, supporté par la DSPM, tient le rôle d'animateur. De fait, tout le processus d'implantation du Laboratoire (ce qui inclut autant les séances de préparation que de laboratoire) est guidé, soutenu et dirigé par des accompagnateurs de la DSPM. À cet effet, la DSPM propose une démarche opérationnelle de base et certains outils de travail qui peuvent être raffinés et adaptés en fonction des besoins des équipes. Des experts de la DSPM sur divers sujets constituent également des ressources potentielles pour les équipes et peuvent être sollicités au besoin. La DSPM accorde aussi un montant de 17 000\$ par année pour soutenir la formation des gestionnaires, professionnels et tout autre participant au programme.

¹¹ Certaines équipes se réunissent plutôt aux trois semaines.

Le Laboratoire vise à fournir un soutien flexible et adaptatif au développement professionnel des équipes locales. De ce fait, une démarche opérationnelle de base est proposée par l'équipe de la DSPM, mais celle-ci doit être adaptée aux préférences et aux besoins de l'équipe. Ce faisant, l'approche utilisée laisse place à l'émergence de différentes trajectoires et de différentes activités en fonction de la dynamique du groupe et des besoins des participants. La démarche opérationnelle itérative proposée aux équipes par l'équipe des promoteurs se décline en sept volets définissant différentes activités auxquelles correspondent divers résultats de production (Tableau II). Premièrement, (1) il s'agit pour le CSSS participant, avec le concours de la DSPM, d'identifier une problématique particulière de santé publique (désignée comme 'enjeu') sur laquelle se penchera le Laboratoire ainsi que des participants volontaires. Il s'agit le plus souvent d'un enjeu prioritaire de santé publique identifié par le CSSS dans son plan d'action local. Ce volet implique pour la DSPM un travail important de présentation et d'explication du programme auprès des participants potentiels et de la direction du CSSS, afin de s'assurer de leur adhésion et de leur engagement. Deuxièmement, (2) l'équipe engagée dans le Laboratoire doit prendre connaissance et discuter collectivement la démarche opérationnelle proposée par les promoteurs. C'est à cette étape que sont spécifiés les rôles des diverses parties et qu'est mis en place la logistique du Laboratoire (ordre dans lequel seront abordés les différents volets de la démarche, spécification de certains détails de fonctionnement des séances de laboratoire, etc.). Des retours fréquents à ce volet en cours de route sont possibles. Troisièmement, (3) les participants sont invités à s'approprier les concepts de base en santé publique (par exemple, les déterminants de la santé, la prévention, la promotion), par le moyen de lectures, de discussions, d'exercices établissant des liens entre la pratique et les concepts, etc. Les participants sont également encouragés à articuler leur vision de ces concepts et du programme à travers des articles dans le journal interne ou dans des revues professionnelles, lors de réunions d'équipes ou d'événements scientifiques, etc. Quatrièmement, (4) l'équipe doit identifier l'angle précis sous lequel elle souhaite aborder la problématique. Pour ce faire, elle est appelée à explorer et interpréter les données sur l'état de la santé de la population du territoire, ainsi qu'à collecter et à analyser d'autres données au besoin. Cette étape implique

également la construction d'une compréhension commune de l'enjeu ainsi que des activités de priorisation pour le choix final de l'angle d'action. Cinquièmement, (5) l'équipe doit discuter des possibilités d'interventions pour aborder la problématique selon l'angle choisi. Pour ce faire, elle peut explorer les interventions pertinentes en promotion de la santé (stratégies utilisées, déterminants touchés, changements visés), discuter de nouvelles façons de faire ou examiner les pratiques actuelles des professionnels du CSSS dans ce domaine. L'étape culmine avec la prise de décision collective concernant l'intervention de promotion de la santé à développer. Sixièmement, (6) l'équipe doit mettre en place un partenariat avec les acteurs communautaires concernés par l'intervention de promotion de la santé qui sera développée. Au cours de cette étape, l'équipe discute et définit le concept de partenariat, identifie des partenaires potentiels, établit des contacts préliminaires, etc. Finalement, (7) le Laboratoire culmine avec l'implantation de l'intervention de promotion de la santé. Pour ce faire, l'équipe doit notamment expliciter les composantes principales de l'intervention, développer un modèle logique, élaborer des outils d'intervention et mettre sur pied un comité de collaboration intersectoriel avec les partenaires.

Tableau II. Volets de la démarche opérationnelle et activités qui s’y rapportent

| Volets | Exemples d’activités liées aux volets |
|--|--|
| (1) Identifier une problématique et une équipe | Présenter le projet de Laboratoire à la direction du CSSS et aux participants potentiels, identifier une problématique particulière pour le Laboratoire ainsi que des participants volontaires pour travailler sur cette problématique, etc. |
| (2) Préciser la démarche opérationnelle | Discuter la démarche opérationnelle en équipe, spécifier les rôles des différentes parties et la logistique du Laboratoire, etc. |
| (3) S’approprier les concepts de base en santé publique | S’approprier les concepts de base en santé publique, par le moyen de lectures, de discussions, d’exercices, articuler la compréhension de ces concepts par des activités de diffusion etc. |
| (4) Approfondir la problématique (enjeu) | Discuter de l’angle à choisir pour aborder la problématique, interpréter des données existantes sur l’état de santé de la population du territoire, collecter, analyser et interpréter des données locales pour appuyer le choix de l’enjeu, etc. |
| (5) Identifier des possibilités d’action | Explorer et discuter les interventions pertinentes en promotion de la santé (stratégies utilisées, déterminants touchés, changements visés), discuter de nouvelles façons de faire ou examiner les pratiques actuelles pour agir sur la problématique, prendre une décision collective pour le choix d’une action à développer en lien avec l’angle choisi, etc. |
| (6) Développer un partenariat | Définir et discuter le concept de partenariat, identifier les partenaires potentiels pour agir sur la problématique, établir des contacts préliminaires, etc. |
| (7) Implanter une nouvelle action en promotion de la santé | Expliciter les principales composantes de l’intervention, développer un modèle logique, élaborer des outils d’intervention, mettre sur pied un comité de coordination intersectoriel avec les partenaires, etc. |

D’emblée, lors de la conceptualisation du programme, les promoteurs du Laboratoire de promotion de la santé ont identifié certaines conditions essentielles au succès de l’initiative. Ces conditions renvoient à des caractéristiques des participants, de l’équipe et du contexte d’implantation qui ne transparaissent pas nécessairement au travers de la description de la démarche opérationnelle et du fonctionnement du Laboratoire. Elles sont pour la plupart

explicitées comme des conditions de réalisation par l'équipe de la DSPM dans ses documents de présentation et on les retrouve en partie dans les lettres d'engagement que doivent signer les CSSS participants. Ces conditions essentielles concernent, entre autres, l'engagement, le leadership et l'implication du directeur local de santé publique, du directeur de programme et des autres niveaux décisionnels du CSSS. De plus, selon la DSPM, les participants doivent faire preuve d'engagement volontaire, d'ouverture et d'une volonté d'explorer leur pratique.

3.4 Résultats attendus du programme

Au niveau individuel, les effets attendus du Laboratoire de promotion de la santé incluent l'acquisition par les participants de nouvelles compétences professionnelles en promotion de la santé ainsi que le développement de réflexivité en regard de leur expérience professionnelle. Au niveau du groupe, l'équipe devrait quant à elle avoir développé et implanté de nouvelles pratiques de promotion de la santé sous forme d'intervention ciblant une problématique particulière. Enfin, au niveau organisationnel, le CSSS devrait avoir mis en place certains changements pour faciliter l'intégration de ces nouvelles pratiques de promotion de la santé et en assurer la pérennité. À long terme, tous ces résultats devraient favoriser l'intégration de la responsabilité populationnelle et de la promotion de la santé dans les activités du CSSS, ce qui pourrait éventuellement influencer sur sa capacité à améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire.

Chapitre 4

Chapitre 4. État des connaissances

Le chapitre précédent a mis en exergue le fait que le Laboratoire de promotion de la santé est un programme de développement professionnel qui implique des processus d'apprentissage à différents niveaux. Dans ce chapitre, nous explorerons différentes perspectives théoriques qui permettent de comprendre le développement professionnel, soit l'apprentissage aux niveaux individuel, de groupe et organisationnel.

4.1 Principes de l'apprentissage professionnel au niveau individuel

L'apprentissage professionnel est traditionnellement dépeint comme un processus individualisé à travers lequel le praticien intègre de nouvelles connaissances et développe des compétences. Bien qu'une place croissante soit maintenant accordée aux approches de développement alternatives en groupe (Garet, Porter et al. 2001; Kennedy 2005), nous débuterons cette section en abordant le modèle individuel à travers l'étude de la littérature concernant l'éducation de l'adulte et ses principes de base. Parce que ces principes doivent aller de pair avec la définition de buts spécifiques pour l'activité de développement professionnel, nous aborderons ensuite l'éducation basée sur les compétences ainsi que les cadres spécifiques de compétences définis en santé publique et en promotion de la santé. Enfin, nous terminerons en explorant l'apprentissage réflexif chez le professionnel, un modèle alternatif souvent représenté comme une composante cruciale du développement et de l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

4.1.1 L'éducation de l'adulte

L'éducation de l'adulte peut être envisagé comme un processus – celui par lequel les adultes font des apprentissages – ou comme un champ organisé d'activités déployées par une

variété d'institutions pour l'accomplissement d'objectifs éducationnels spécifiques (Knowles 1980). On considère généralement que l'éducation de l'adulte, aussi appelée *andragogie* pour faire une distinction avec *pédagogie* (l'éducation des enfants), prend place dans une variété de contextes (Knowles 1980). En contexte professionnel, ce type d'activité emprunte généralement le nom de développement professionnel.

La littérature concernant l'éducation de l'adulte est riche de la rencontre de différentes disciplines telles que la psychologie clinique et développementale, la philosophie et l'éducation (Koo and Miner 2010). Cette littérature foisonne de modèles et de théories qui définissent et explorent les caractéristiques de l'apprenant, les paramètres et les stades du processus d'apprentissage. On reconnaît habituellement l'andragogie (Knowles 1980) et l'apprentissage auto-dirigé (Knowles 1975) comme les modèles ayant le plus contribué à théoriser l'éducation de l'adulte, proposant différents principes de base qui peuvent guider le développement de programmes éducationnels (Lawler 2003; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). Ces principes peuvent être synthétisés en cinq points. Premièrement, les apprenants devraient connaître les raisons de la formation et les buts de l'apprentissage (Knowles, Holton et al. 1998; Caffarella 2002; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). De fait, les adultes apprennent mieux lorsque les retombées éducatives sont claires et qu'ils peuvent y trouver un sens (Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). Deuxièmement, les adultes sont autonomes et ont besoin d'être impliqués dans l'apprentissage afin de mettre à profit cette autonomie. Ainsi, l'apprenant doit être activement impliqué dans le processus d'apprentissage, par le partage du contrôle du contenu et des méthodes du programme, par exemple (Bryan, Kreuter et al. 2009). Troisièmement, les adultes et les professionnels possèdent un grand éventail d'expériences qui doivent être mobilisées dans le processus d'apprentissage (Knowles 1980; Bryan, Kreuter et al. 2009). Dans le cas de programme de développement professionnel, les nouveaux apprentissages devraient capitaliser sur le savoir existant des participants et établir des liens tangibles avec les connaissances antérieures et la pratique professionnelle (Merriam and Caffarella 1999; Bryan, Kreuter et al. 2009). Quatrièmement, les adultes ont différents niveaux de motivation et de facilité à apprendre, ainsi qu'un bagage d'expérience différent. De ce fait, les apprenants ont besoin

d'approches éducationnelles multiples qui se marient avec leur diversité (Knowles, Holton et al. 1998; Bryan, Kreuter et al. 2009). Ainsi, les apprenants apportent leurs expériences et un niveau de compétence qui influencent leurs interactions avec l'instructeur, les autres apprenants et la matière (Koo and Miner 2010). En santé publique notamment, cette variabilité individuelle est particulièrement importante eu égard à l'hétérogénéité des professionnels du champ (Bryan, Kreuter et al. 2009). Ce faisant, différentes méthodes doivent être utilisées, plusieurs perspectives doivent être représentées et le savoir doit être contextualisé d'une multitude de façons. Cinquièmement, les apprenants ont besoin de pouvoir appliquer rapidement ce qu'ils apprennent à des problèmes concrets (Lawler 2003; Bryan, Kreuter et al. 2009). En effet, les professionnels s'attendent à une pertinence immédiate de ce qu'ils apprennent et espèrent appliquer les compétences acquises dans leur milieu de travail (Koo and Miner 2010). Il faut donc s'assurer que les programmes de développement professionnel soient ancrés dans la pratique et s'attaquent aux problèmes que les participants souhaitent résoudre (Bryan, Kreuter et al. 2009).

Encadré 1. Définition de l'éducation de l'adulte

Dans cette thèse, l'éducation de l'adulte est envisagée comme un processus, celui par lequel les adultes font des apprentissages. En contexte professionnel, l'éducation de l'adulte peut devenir du développement professionnel.

4.1.2 L'éducation basée sur les compétences

Si les principes de l'apprentissage de l'adulte sont utiles pour définir les lignes directrices que doivent suivre les programmes de développement professionnel, ces théories doivent toutefois s'adjoindre un cadre de compétences particulières afin d'identifier les buts spécifiques de la formation ou de l'activité éducationnelle (Koo and Miner 2010). De fait, l'éducation basée sur les compétences est une approche centrée sur l'apprenant qui s'appuie sur des cadres de compétences disciplinaires pour définir les objectifs des programmes de formation. Elle a ainsi l'avantage de cibler et de rendre explicites les effets attendus de l'expérience éducationnelle (Miner, Childers et al. 2005; Koo and Miner 2010). Une

compétence professionnelle peut être conçue comme « a cluster of related knowledge, skills, and attitudes that affects a major part of one's job (a role or responsibility), that correlates with performance on the job, that can be measured against well-accepted standards, and that can be improved via training and development. » (Lucia and Lepsinger 1999). On considère généralement que les cadres de compétences professionnelles sont utiles pour énoncer les standards de la pratique, pour développer des programmes de formation et de recrutement du personnel, de même que pour s'assurer de la qualité de la pratique ainsi que pour la confirmer et la consolider en tant que champ de pratique spécialisé (Battel-Kirk, Barry et al. 2009). Toutefois, quelques auteurs voient des désavantages à définir de façon stricte et officielle un champ de pratique sur la base des compétences essentielles de ses praticiens (Battel-Kirk, Barry et al. 2009). Ainsi, procéder de cette façon pourrait décourager la créativité et la diversité dans la pratique, limiter l'aspect évolutif du champ ou favoriser son instrumentalisation par des pouvoirs bureaucratiques ou politiques (Battel-Kirk, Barry et al. 2009).

Le domaine de la santé publique a une longue histoire de définition et redéfinition de son champ d'application et de sa pratique (Fassin 2000; Koo and Miner 2010). Toutefois, ce n'est que récemment que des initiatives ont permis de formaliser les habiletés requises à sa mise en œuvre. Le modèle des compétences fondamentales du *Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice* (COL), établi en 2001, est un exemple évocateur de ce type d'exercice (Council on Linkages between Academia and Public Health Practice 2001). Ce modèle se construit autour de huit domaines de compétences essentielles qui définissent les standards de la pratique moderne en santé publique : (1) l'analyse et l'évaluation des besoins; (2) le développement de politiques et la planification de programmes; (3) la communication; (4) les compétences culturelles; (5) les dimensions communautaires de la pratique; (6) les sciences de la santé publique; (7) la planification financière et la gestion; (8) le leadership et la pensée systémique. Ces grands domaines reflètent différents types d'habiletés nécessaires en santé publique. Les domaines de compétences établis par le COL ont servi de cadre de base sur lequel se sont bâtis plusieurs autres ensembles de compétences en santé publique (Miner, Childers et al. 2005). Au Canada, c'est sur cette lancée qu'est né en 2007 le modèle des

compétences essentielles de santé publique, établi par l'Agence de santé publique du Canada (Agence de la santé publique du Canada 2007). Ce cadre qui définit 36 compétences essentielles se transpose à trois tiers de la main-d'œuvre de santé publique, à savoir (1) les travailleurs de première ligne, (2) les consultants et spécialistes, et (3) les gestionnaires et superviseurs. Suivant l'Agence de santé publique du Canada, cet énoncé de compétences doit être considéré comme un ensemble collectif de connaissances, d'habiletés et d'attitudes propres à la main-d'œuvre de santé publique, reposant sur les valeurs de « l'équité, la justice sociale et le développement durable, la reconnaissance de l'importance de la santé de la collectivité et de l'individu, et le respect de la diversité, de l'autodétermination, de l'habilitation et de la participation communautaire » (Agence de la santé publique du Canada 2007: 4).

En promotion de la santé, l'initiative la plus significative de formalisation de ces compétences est attribuable au *Galway Consensus Conference Statement* (Allegrante, Barry et al. 2009), un effort de collaboration internationale pour faciliter l'accréditation de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé. Cet effort a permis d'énoncer une définition commune, des valeurs et principes cardinaux, ainsi que huit domaines de compétences de base en promotion de la santé. Ces domaines concernent : (1) la capacité à catalyser le changement par l'autonomisation des individus et des communautés; (2) le leadership et plus précisément la capacité à procurer une direction stratégique, à favoriser la participation, à mobiliser et à administrer les ressources pour la promotion de la santé; (3) l'évaluation des besoins et l'analyse des déterminants qui promeuvent ou compromettent la santé; (4) la planification stratégique basée sur la théorie, les données et l'expérience; (5) l'implantation concrète de stratégies pour l'amélioration de la santé; (6) l'évaluation de la portée, de l'efficacité et des impacts des programmes et des politiques; (7) le plaidoyer de santé avec et pour les individus et les communautés; et (8) la capacité à travailler en partenariat et en collaboration avec une variété d'acteurs (Allegrante, Barry et al. 2009).

Encadré 2. Définition de l'éducation basée sur les compétences

Dans cette thèse, l'éducation basée sur les compétences est envisagée comme une forme d'éducation centrée sur l'apprenant et réalisée dans un cadre professionnel, qui vise à développer un ensemble d'habiletés, de connaissances et d'attitudes particulières, se rapportant à des compétences professionnelles spécifiques.

4.1.3 L'apprentissage réflexif et la réflexivité

Depuis quelques décennies, la réflexion, la réflexivité et l'apprentissage réflexif occupent un pan non négligeable de la littérature sur le développement professionnel dans plusieurs disciplines telles que l'éducation, les sciences infirmières, les sciences organisationnelles et la psychologie¹². En santé publique, « while no formal training or teaching of reflection takes place, it is expected as part of continuous professional development » (Jayatilleke and Mackie 2012: 1). En effet, il semble que ce type d'apprentissage alternatif soit un élément crucial de l'éducation des professionnels et de l'amélioration continue de leur pratique, parce que permettant d'intégrer la théorie et la pratique, de transformer l'expérience en apprentissage et de faciliter l'acquisition et l'intégration de nouveaux savoirs (Mezirow 1990; Jarvis 1992; Wong, Kember et al. 1995; Mann, Gordon et al. 2009). Il y a lieu de faire une distinction entre plusieurs termes contigus en lien avec l'apprentissage réflexif. La pratique réflexive, un concept articulé principalement par Schön (1984), est un type de réflexion appliquée dans le contexte professionnel et en regard de la pratique. La pratique réflexive est généralement perçue comme allant plus loin que la réflexion, puisqu'elle implique que le produit de cette réflexion soit réinvestie dans les actes du professionnel afin de mieux appréhender les problèmes et les situations complexes de la pratique (Bleakley 1999). La réflexivité, pour sa part, est un concept polysémique entretenant des liens étroits avec la pratique réflexive, et est souvent utilisé de façon interchangeable. Bien qu'on n'en conçoive pas de définition unique, la réflexivité se conçoit généralement comme une démarche d'exploration et de questionnement de la pratique

¹² Bien que l'on les ait situés à un niveau individuel dans cet état des connaissances, les notions sous-jacentes à l'apprentissage réflexif et à la réflexivité ont aussi été explorées dans la perspective des approches d'apprentissage de groupe et de l'apprentissage organisationnel.

professionnelle à l'aune des expériences passées, cette démarche se soldant par de nouvelles compréhensions pour le professionnel (Issitt 2003). La réflexivité est aussi conçue comme une forme d'interrogation de la pratique pour en extraire une représentation de la dynamique entre le personnel, le professionnel et le politique (Hardy, Phillips et al. 2001; Boutilier and Mason 2006). Dès lors, ce type d'exercice, en tant que processus permettant d'évaluer l'impact de la pratique sur les dynamiques sociales, a le pouvoir de transformer le professionnel en un acteur social engagé (Bolam and Chamberlain 2003; Issitt 2003).

Plusieurs modèles et théories se sont appliqués à définir et à conceptualiser la réflexivité. Selon Maan et al. (2009), ceux-ci peuvent être articulés autour de deux dimensions : (1) une dimension *itérative*, suivant laquelle le processus de la réflexivité est déclenché par l'expérience, induisant une nouvelle compréhension d'une situation, générant ultimement de nouvelles actions de la part du praticien, etc.; (2) une dimension *verticale*, définissant différents niveaux de réflexion sur l'expérience.

Parmi les modèles qui conçoivent la réflexivité comme un processus itératif, le modèle du praticien réflexif de Schön (1984) est certainement l'un des plus connus. Étudiant la pratique des professionnels, Schön remarque qu'il existe des situations de complexité ou d'incertitude qui défient tous les modèles techniques et rationnels enseignés aux professionnels. Il émet alors la prémisse selon laquelle il existe une forme de savoir généré par la pratique, qui ne s'enseigne pas et qui permet de faire face à ces situations inédites. Pour Schön, l'apprentissage qui résulte de la pratique réflexive est un processus en spirale qui traverse des phases : (1) d'appréciation, où le praticien se forge une compréhension initiale d'une situation nouvelle et problématique; (2) d'action, où il teste cette compréhension et ses implications sur le terrain; (3) de réévaluation, où le professionnel revient sur l'énoncé du problème, le critique et propose une nouvelle théorie ainsi que les conséquences pratiques qui en découlent (Schön 1984).

D'autres modèles sont plutôt axés sur les différents niveaux de réflexion (modèles verticaux). Le modèle de l'apprentissage transformatif de Mezirow (Mezirow 1981; Mezirow 1991), qui puise largement dans les théories critiques d'Habermas et de la réflexivité, en est un

bon exemple, puisqu'il insiste sur les diverses étapes nécessaires à une 'transformation de perspective'. Pour Mezirow (1981; 1991), la transformation de perspective, ou l'apprentissage transformatif, survient à l'apogée d'une dizaine d'étapes évoquant différents niveaux de prise de conscience et de réflexion. L'apprentissage transformatif permet à l'adulte d'acquérir une conscience critique et de changer ses perspectives de sens, concept que l'auteur explicite un peu comme une vision du monde, un cadre de référence, une structure de représentations (Mezirow 1991).

Deux grands types de réflexivité

Les auteurs qui se sont intéressés à la réflexivité ont souvent opposé différents idéaux-types de ce concept, renvoyant à diverses fonctions de la réflexivité. Par exemple, Teekman (2000), qui a exploré la pensée réflexive dans le contexte de la pratique infirmière, met en relief deux sortes d'exercice réflexif ayant des buts distincts : 1) raffiner et améliorer les pratiques (*reflective thinking for learning*); 2) questionner les dynamiques et prémisses sous-jacentes à la pratique (*reflective thinking for critical inquiry*). Le premier type de réflexivité, plus pragmatique, serait une stratégie efficace pour faire sens de situations concrètes et développer des connaissances applicables dans la pratique professionnelle. Le deuxième type, plus interrogatif, permettrait de prendre conscience des dynamiques politiques, morales et éthiques qui sous-tendent la pratique et ultimement, de s'en émanciper (Teekman 2000). De la même façon, Bolam et Chamberlain (2003), inspirés par les écrits de Danziger sur les constructions sociales (1997), font une distinction entre réflexivité légère (*light reflexivity*) et réflexivité profonde (*dark reflexivity*) dans le contexte de la pratique de la psychologie. Pour ces auteurs, la réflexivité légère impliquerait de reconnaître et de réfléchir l'influence du praticien, de ses valeurs et de ses attributs personnels sur sa pratique, avec pour but d'améliorer la pratique. En revanche, la réflexivité profonde engagerait un niveau plus profond de réflexion sur la pratique et ses prémisses fondamentales, en relation avec les intérêts qu'elles servent, ainsi que les enjeux moraux, de pouvoir et politique qu'elles sous-tendent (Bolam and Chamberlain 2003). En outre, Argyris et al. établissent une différence intéressante

entre deux types d'apprentissage, en simple boucle et en double boucle, qui peuvent s'apparenter à divers types de réflexivité (Argyris and Schön 1978; Argyris 1982). Ainsi, l'apprentissage en simple boucle renvoie aux situations de la pratique où les professionnels détectent des erreurs dans leurs connaissances, leur compréhension de la situation, l'information qu'ils possèdent. Dans l'apprentissage en simple boucle, le professionnel réfléchit de façon à identifier ces erreurs, les corriger et résoudre des problèmes pratiques, sans pour autant remettre en question le but de ses actions, ses valeurs et son cadre de pensée général (Hong and Choi 2011: 699). À ce niveau, le focus est dirigé vers les techniques et l'amélioration des techniques (Usher and Bryant 1989). L'apprentissage en double boucle, au contraire, évoque un type de réflexion plus critique qui questionne les buts, les critères et les cadres de pensées pré-établis. Les professionnels qui démontrent ce type d'apprentissage détectent et corrigent les erreurs d'une façon qui implique la modification des prémisses, des valeurs et des cadres de pensée relatifs à leur pratique (Argyris and Schön 1978; Argyris 1982; Usher and Bryant 1989; Cunliffe 2004; Hong and Choi 2011).

En somme, l'étude de la littérature concernant la réflexivité fait apparaître deux grandes conceptions, ou idéaux-type, de la réflexivité. La première, qui pourrait être appelée 'réflexivité formative', renvoie à l'examen des expériences professionnelles et des compétences techniques dans le but de faire émerger un savoir utile pour la pratique (Teekman 2000; Bolam and Chamberlain 2003). Ce type de réflexivité permet d'améliorer la pratique professionnelle à l'intérieur d'un système pris pour acquis et inquestionné (Argyris and Schön 1978; Bolam and Chamberlain 2003). Le deuxième type de réflexivité, qui pourrait être appelé 'réflexivité critique', est un exercice de questionnement des prémisses, des dynamiques et des enjeux sous-jacents à la pratique, dans le but ultime d'interroger sa contribution à une société plus juste et humaine (Teekman 2000; Bolam and Chamberlain 2003; Issitt 2003). Ce type de réflexivité est vouée à stimuler la conscience critique du professionnel et prend comme point de départ le système de pratique, ses prémisses et ses dynamiques sous-jacentes (Argyris and Schön 1978; Bolam and Chamberlain 2003). La réflexivité critique émerge principalement de la théorie critique, dont le but est d'émanciper les individus des dynamiques de pouvoir grâce

à déconstruction des connaissances et des pratiques (Guba 1990; Guba and Lincoln 1994; Delany and Watkin 2009).

Développer la réflexivité

Malgré l'abondance des modèles et des définitions proposées, un nombre relativement modeste d'articles et d'ouvrages se sont intéressés à la façon dont on peut développer et encourager la réflexivité (Wong, Kember et al. 1995; Kember, Jones et al. 1999; Mann, Gordon et al. 2009). Néanmoins, cette littérature permet de cibler certains paramètres de l'apprentissage conçus comme facilitant le développement de la réflexivité. Ainsi, il semble qu'une multitude de stratégies, telles que l'écriture d'un journal, la préparation de portfolios, le *brainstorming* et le dialogue, sont utiles afin de favoriser le processus réflexif (Wong, Kember et al. 1995; Beecher, Lindemann et al. 1997; Sobral 2001; Williams and Wessel 2004; Mann, Gordon et al. 2009). Certaines études s'intéressent en outre au rôle de l'environnement de travail dans le développement de la réflexivité, et démontrent qu'un environnement où la réflexivité est renforcée et supervisée serait facilitant (Mantzoukas and Jasper 2004; Mann, Gordon et al. 2009). À cet effet, l'allocation d'un espace-temps spécifique à ce genre d'activité dans l'horaire du professionnel est recommandé (Wong, Kember et al. 1995). À l'inverse, le travail sous pression et un environnement de travail surchargé peuvent agir comme des barrières à la réflexivité (Mamede and Schmidt 2005; Mann, Gordon et al. 2009). En outre, il apparaît qu'une relation de mentorat, qui peut prendre différentes formes, est probablement un élément clé pour stimuler et guider la réflexion (Teekman 2000; Gustafsson and Fagerberg 2004; Pearson and Heywood 2004; Mann, Gordon et al. 2009). De la même façon, certaines études ont mis en lumière le rôle facilitant que peut jouer le soutien régulier d'un petit groupe de professionnels (6 à 10 personnes) (Platzer, Blake et al. 2000).

Encadré 3. Définition de l'apprentissage réflexif

Cette thèse s'intéresse à l'apprentissage réflexif dans le cadre du développement professionnel. Elle construit sur les théories de la réflexivité pour définir l'apprentissage réflexif comme un processus à travers lequel le

professionnel se livre à l'examen et au questionnement de sa pratique à l'aune de ses expériences passées, lui permettant ainsi de développer de nouvelles compréhensions qui influencent ultimement ses actions.

4.2 Principes de l'apprentissage collaboratif en équipe

Au cours des deux dernières décennies, la recherche empirique et la littérature se sont intéressées à l'apprentissage professionnel conçu comme activité située à l'intérieur d'un cadre collaboratif où l'individu est amené à travailler activement avec d'autres sur des problèmes concrets de la pratique (par exemple, groupe de travail, communauté de pratique, mentorat, etc.) (Wenger 1998; Garet, Porter et al. 2001; Webster-Wright 2009). Parallèlement, une variété de domaines de recherche a accordé une attention grandissante au concept d'apprentissage collaboratif en équipe (King and Rowe 1999; Mallinson, Popay et al. 2006). Dans les domaines de la santé et de la santé publique, le travail collaboratif et les approches d'apprentissage en équipe ont ainsi été présentés comme des solutions novatrices afin de faire face aux transitions importantes de la pratique et aux défis complexes qu'elle rencontre (Yorks, Marsick et al. 2003; Lemieux-Charles and McGuire 2006; Mallinson, Popay et al. 2006; Nicolini, Powell et al. 2008; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Ceraso, Gruebling et al. 2011; Thistlethwaite 2012). L'apprentissage collaboratif en équipe serait ainsi une approche prometteuse pour renforcer les connaissances des professionnels, faciliter les changements de pratique, améliorer la performance des organisations de santé et promouvoir l'apprentissage organisationnel (Nicolini, Powell et al. 2008; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Ranmuthugala, Plumb et al. 2011). Dans cette section, nous ferons un survol de la littérature concernant l'apprentissage d'équipe de façon à proposer quelques définitions du concept, représenté à la fois comme un résultat et un processus, puis nous terminerons par pointer quelques facteurs cruciaux agissant sur ce type d'apprentissage.

L'apprentissage en équipe a été réfléchi de différentes façons et à partir de perspectives disciplinaires variées (Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochy et al. 2010). Cette situation peut être considérée désirable parce que favorisant la richesse de la littérature

produite, mais aussi problématique parce qu'encourageant la prolifération des termes et des significations à l'intérieur de silos disciplinaires qui compliquent tout effort d'intégration significatif. Parmi les perspectives qui ont contribué à engendrer ce corps de connaissances et de théories fractionné, mentionnons notamment les sciences de la gestion, l'économie, les théories organisationnelles, la communication, les sciences politiques, l'éducation, la psychologie et la sociologie, chacune proposant ses propres étiquettes et définitions. Dans ce contexte, l'apprentissage d'équipe, l'apprentissage de groupe, l'apprentissage coopératif ou collaboratif sont des expressions qui sont quelques fois utilisées pour référer au même concept, quelques fois non¹³. Du point de vue des sciences organisationnelles et de la gestion, l'apprentissage en équipe peut être conçu comme une forme d'apprentissage organisationnel au niveau meso (Kozlowski, Chao et al. 2010), mais il est le plus souvent considéré comme un type d'apprentissage particulier jouant un rôle pivot entre l'apprentissage individuel et l'apprentissage organisationnel (Yorks, Marsick et al. 2003). Ainsi, l'apprentissage en équipe survient lorsque les individus interagissent pour acquérir, interpréter et utiliser activement de l'information, des connaissances et des expériences de façon à générer une nouvelle compréhension d'un problème et permettre à l'équipe un changement dans sa manière d'y faire face (Edmondson 1999; Argote, Gruenfeld et al. 2001; Wilson, Goodman et al. 2007). Ainsi, ce type d'apprentissage, qui survient au-delà de l'agrégation des apprentissages individuels, se solde habituellement par un changement dans l'étendue possible des comportements du groupe (Huber 1991; Wilson, Goodman et al. 2007). L'apprentissage développé par l'équipe est ensuite diffusé dans l'organisation par l'équipe ou les membres travaillant en association avec d'autres équipes, ce qui modifie possiblement le fonctionnement de l'organisation (King and Rowe 1999).

En raison de l'abondance des perspectives théoriques sur l'apprentissage d'équipe, ce concept a été défini de plusieurs façons, chaque définition mettant l'accent sur un aspect particulier de l'interaction de groupe. Quelques auteurs ont ainsi proposé des définitions basées sur les résultats, où l'apprentissage en équipe est notamment opérationnalisé par « a

¹³ Dans ce texte, nous favoriserons le terme 'apprentissage en équipe'.

change in the group's repertoire of potential behaviour » (Wilson, Goodman et al. 2007: 1043). Pour d'autres, tels que Edmondson, (2002 129), l'apprentissage en équipe est principalement un processus « in which a team takes action, obtains and reflects on feedback, and makes changes to adapt or improve ». Malgré la richesse des différentes définitions centrées sur le processus, leur grande diversité n'a pas permis l'émergence d'un consensus en regard des types d'activités et d'étapes impliquées dans les processus de l'apprentissage en équipe (Wilson, Goodman et al. 2007). Par exemple, Huber, adoptant un point de vue informationnel (ou de gestion de l'information), identifie quatre types d'activités liées à l'apprentissage d'équipe et organisationnel : (1) l'acquisition d'information, (2) la distribution de l'information, (3) l'interprétation de l'information et (4) le stockage de l'information et la redistribution (Huber 1991). Kasl et al. (Kasl, Marsick et al. 1997; Yorks, Marsick et al. 2003), qui ont contribué de façon importante à ce champ par leurs travaux, vont pour leur part plus loin en décrivant l'apprentissage d'équipe comme caractérisé par un cinq types d'activités interdépendantes où l'interprétation de l'information et la mise à l'épreuve de cette interprétation occupe une place centrale : (1) l'interprétation (la perception initial d'un enjeu par un groupe); (2) la réinterprétation (la transformation de cette perception en une nouvelle compréhension); (3) l'expérimentation (les actions du groupe afin de tester cette perception); (4) le dépassement des frontières (permettant d'aller chercher et de donner de l'information à l'extérieur du groupe); (5) la perspective intégratrice (la synthèse des différents points de vue par la pensée dialectique). Capitalisant sur une revue de littérature de ce concept et un effort intégratif, Decuyper, Dochya et al. (2010) ont quant à eux décrit le processus d'apprentissage d'équipe comme incluant à la fois des variables de base (partage, co-construction et conflit constructif), des variables facilitatrices (dépassement des frontières, activité d'équipe et réflexivité d'équipe) ainsi que des variables liées à la gestion de l'information (stockage et redistribution de l'information) (Decuyper, Dochya et al. 2010).

Facteurs influençant l'apprentissage d'équipe

Les facteurs et les variables qui sont conçus comme affectant l'apprentissage d'équipe sont tout aussi nombreux que les perspectives et les modèles développées sur le sujet. Malgré la prolifération des termes et des significations, on peut toutefois identifier quelques récurrences, ou du moins quelques ensembles de variables. Ainsi, compte tenu de son rôle charnière entre l'apprentissage de l'individu et de l'organisation, il apparaît cohérent que l'apprentissage d'équipe soit un processus qui dépende à la fois de variables individuelles, groupales et organisationnelles (Dechant, Marsick et al. 1993; Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010). De fait, « generic variables that exist within individuals, groups and organisations (...) become conditions that affect learning when they are particularised to specific situations » (Dechant, Marsick et al. 1993: 7). Decuyper et al. (2010), se basant sur une revue de plus de 463 études et ouvrages sur le sujet, identifient par exemple plus de 34 variables individuelles influentes dans l'apprentissage d'équipe, liées soit aux caractéristiques mêmes des participants ou à leurs comportements. Parmi celles-ci, les connaissances antérieures des membres, leur motivation et leur ouverture à prendre part au processus d'apprentissage apparaissent comme déterminantes (Johnson and Johnson 1994; Argote, McEvily et al. 2003; Ellis, Hollenbeck et al. 2003; Day, Gronn et al. 2004; Sweet and Michaelsen 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010). Toujours selon Decuyper et al. (2010), une variable individuelle des plus importantes est la capacité de chaque membre de réfléchir 'en système', en d'autres termes la pensée systémique, qui permet à l'individu de comprendre de quelle façon toutes ses actions sont interdépendantes de celles des autres membres. Au niveau organisationnel, l'étendue des variables identifiées dans la littérature est tout aussi vaste, et comprend par exemple la culture organisationnelle (Senge 1990; Bain 1998; Zellmer-Bruhn and Gibson 2006; Decuyper, Dochya et al. 2010), les systèmes de traitement de l'information, (Argote, McEvily et al. 2003; Zellmer-Bruhn and Gibson 2006; Decuyper, Dochya et al. 2010) et les stratégies organisationnelles (Argyris and Schön 1978), telles que l'intégration globale ou la responsivité locale (Zellmer-Bruhn and Gibson 2006).

Au niveau du groupe, il devient plus difficile de proposer une typification des variables qui influencent l'apprentissage d'équipe, en raison de concepts que certains auteurs ont

théorisé comme des ‘états émergents catalyseurs’, qui sont en fait des produits émergeants des processus d’apprentissage, immédiatement réinjectés dans le processus pour le stimuler (Decuyper, Dochya et al. 2010). Ces états émergents sont quelques fois des états affectifs qui se créent au sein des groupes. Parmi ceux-ci, on remarque par exemple la ‘sécurité psychologique de l’équipe’, un état qui permet un climat de confiance propice à la discussion, aux essais-erreurs, aux remises en question (Edmondson 1999; Decuyper, Dochya et al. 2010). La cohésion (ou cohésion de tâche) est une seconde illustration d’un état affectif qui facilite l’apprentissage d’équipe. Cet état se définit comme « the shared commitment among members to achieve a goal that requires the collective efforts of the group » (Van den Bossche, Gijssels et al. 2006: 499). Par ailleurs, la confiance partagée dans la capacité de l’équipe à accomplir la tâche, ou ‘l’efficacité de groupe’, est un autre état émergent basé sur l’affect qui permettrait de renforcer la performance du groupe (Sundström, McIntyre et al. 2000; Sweet and Michaelsen 2007). Un des états émergents les plus étudiés consiste certainement en le concept du ‘modèle mental partagé’ (Klimoski and Mohammed 1994; Kozlowski and Bell 2008; Decuyper, Dochya et al. 2010). De fait, « shared mental models are the team member’s shared, organised understandings and mental representations of knowledge about key elements of the team’s task environment » (Decuyper, Dochya et al. 2010: 121).

D’autres caractéristiques intrinsèques des groupes, qui ne sont pas des états émergents, ont aussi fait l’objet de l’attention dans le champ de l’apprentissage d’équipe (Decuyper, Dochya et al. 2010). Par exemple, la présence d’un leader qui apprend lui-même comment diriger un groupe est conçue comme un élément facilitant l’apprentissage d’équipe, parce que cela agit sur la réflexivité de l’équipe et sa capacité à appréhender les problèmes complexes (Hirst, Mann et al. 2004). Edmondson (1999) a pour sa part démontré qu’un leader inspirant capable de soutenir les membres de l’équipe et de résoudre des problèmes concrets est bénéfique pour l’apprentissage d’équipe. Enfin, des caractéristiques telles que la structure de l’équipe et la répartition des rôles au sein de celle-ci peuvent également avoir des incidences sur l’apprentissage d’équipe, parce qu’elles permettent différents types d’échange et de combinaison de l’information, qui influent conséquemment sur la construction d’une vision collective des solutions possibles (Argote, McEvily et al. 2003; Ellis, Hollenbeck et al. 2003).

Encadré 4. Définition de l'apprentissage d'équipe

Cette thèse capitalise sur le point de vue des sciences organisationnelles pour envisager l'apprentissage d'équipe comme une approche potentielle de développement professionnel reposant sur un processus interactionnel et interprétatif. À travers ce processus, l'équipe acquiert, interprète et utilise activement de l'information, des connaissances et des expériences de façon à générer une nouvelle compréhension d'un problème ou d'une situation, ainsi qu'un changement dans sa façon d'y répondre.

4.3. Principes du changement et de l'apprentissage organisationnel

Souvent, les approches et programmes qui soutiennent le développement professionnel visent simultanément à stimuler l'apprentissage individuel et à diffuser ces apprentissages dans l'organisation dans lequel s'insère le praticien (Cowley 1995; Clarke and Wilcockson 2001). Pour certains auteurs, cette articulation des niveaux individuel et organisationnel de développement professionnel est fondamentale : « Organizational and professional learning cannot develop independently » (Clarke and Wilcockson 2001: 264). Selon ces auteurs, les programmes et l'étude de ceux-ci devraient être orientés aussi vers le développement de l'organisation, plutôt que de se concentrer uniquement sur les individus qui apprennent au sein de celle-ci (Cowley 1995; Clarke and Wilcockson 2001; Mathieu and Tesluk 2010). Ainsi, s'il apparaît évident que l'organisation est composée d'individus qui apprennent (ce n'est pas l'organisation *per se* qui apprend, ce sont ses membres qui apprennent pour elle), l'organisation doit d'abord permettre et faciliter des changements au niveau individuel, changements qui altèrent en retour son fonctionnement global, ce qui renforce ensuite les changements individuels (Argyris and Schön 1978; Cowley 1995). L'apprentissage organisationnel a été abordé à travers plusieurs conceptions du changement dans l'organisation, notamment l'innovation organisationnelle, la gestion organisationnelle de l'information, le développement et l'adaptation organisationnels (Greenhalgh, Robert et al. 2004; Nicolini, Powell et al. 2008; Weiner, Amick et al. 2008; Kozlowski, Chao et al. 2010). En effet, le changement organisationnel est en lien avec l'apprentissage organisationnel dans la mesure où l'adoption du changement dans l'organisation constitue le résultat même du

processus d'apprentissage. Dans cette section, nous débuterons par nous intéresser au concept de changement organisationnel et aux diverses façons dont il a été théorisé dans la littérature. Par la suite, nous aborderons plus spécifiquement le modèle de l'apprentissage organisationnel d'Argyris et Schön (1978) et terminerons par identifier quelques facteurs affectant le changement et l'apprentissage organisationnel.¹⁴

Le changement organisationnel peut être défini de façon générale comme toute modification dans la composition, la structure ou le comportement d'une organisation (Bowditch and Buono 2001; Weiner, Amick et al. 2008). Il est maintenant axiomatique de dire que la littérature qui s'intéresse au changement organisationnel est extraordinairement riche, mais fragmentée à travers plusieurs perspectives disciplinaires, marquée par la prolifération des termes, des cadres théoriques et de méthodes de mesure (Greenhalgh, Robert et al. 2004; Weiner, Amick et al. 2008). Déjà en 1993, certains auteurs, tentant de synthétiser cette littérature, la comparait à un test de Rorschach, où chacun voit ce qu'il veut bien voir (Ulrich, Jick et al. 1993). Ainsi, les regards sur cet objet sont teintés par différentes perspectives disciplinaires : sciences organisationnelles et de la gestion, sociologie, information et communication, économie, sciences politiques, notamment (Greenhalgh, Robert et al. 2004; Nicolini, Powell et al. 2008). En sciences organisationnelles, le changement est abordé sous une variété d'angles donnant lieu à différents modèles théoriques : structurel, processuel, culturel, informationnel, etc. (Champagne 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). Tous ces modèles proposent des conceptions différentes du changement organisationnel, du processus à la base de l'adoption d'un changement et des facteurs qui le facilitent.

Les modèles structurels conçoivent l'innovation comme un produit dont l'adoption est principalement influencée par des déterminants structurels tels que les attributs de

¹⁴ Étant donnée l'ampleur de la littérature sur ce thème, nous sommes conscients que cette section de notre revue de littérature ne présente qu'une lecture superficielle des théories et ces concepts dans ce domaine. Pour une exploration plus profonde de la littérature dans ce domaine, nous recommandons de consulter de façon complémentaire certains ouvrages de référence ou revues de littérature faisant montre d'une synthèse adéquate de la littérature dans ce domaine, par exemple Greenhalgh, Robert et al. 2004, Nicolini, Powell et al. 2008, Champagne, 2002.

l'organisation (taille de l'organisation, division du travail, spécialisation, etc.), le contexte organisationnel et les attributs des gestionnaires (Burns 1961; Scheirer 1981; Denis, Champagne et al. 1990; Champagne 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). De façon générale, ces modèles stipulent que les organisations les plus adaptatives au changement sont les moins formalisées, les plus décentralisées, les plus flexibles et participatives (Mintzberg 1979; Jelinek, Litterer et al. 1986; Champagne 2002).

D'autre part, les modèles processuels/culturels se concentrent sur des aspects plus intangibles de l'organisation afin d'expliquer leur capacité de changement, telle que la culture organisationnelle, le climat, les relations entre les individus et les jeux de pouvoir (Greenhalgh, Robert et al. 2004). Le modèle politique, qui voit l'implantation d'un changement dans une organisation comme tributaire de jeux de pouvoir et d'influence entre les acteurs, en est un bon exemple (Scheirer 1981; Harrison 1985; Denis, Champagne et al. 1990). Dans ce modèle, l'analyse se porte sur les stratégies mises en place par les différents acteurs qui agissent dans leurs intérêts ainsi que sur leurs interactions (Crozier 1963; Crozier and Friedberg 1981; Hage 1999). Le processus de changement emprunte la forme d'une négociation continue entre les intérêts des acteurs et dépend du résultat de ces négociations (Scheirer 1981; Denis, Champagne et al. 1990; Champagne 2002).

Par ailleurs, certains modèles voient l'adoption d'un changement dans une organisation sous un angle principalement informationnel (Greenhalgh, Robert et al. 2004). Suivant ces modèles, l'adoption d'un changement concerne le traitement de l'information et implique autant l'acquisition, la distribution, l'interprétation que l'archivage de l'information (Cohen and Levinthal 1990; Huber 1991; Fiol 1994; Nonaka 1994; Nonaka and Takeuchi 1995). Pour Nonaka et Takeuchi (1995), l'apprentissage organisationnel est créé par l'expérience directe des individus qui est diffusée dans l'organisation à travers divers mécanismes. Dans ce contexte, le changement organisationnel est grandement dépendant de la *capacité absorbante* de l'organisation (Cohen and Levinthal 1990). Cette capacité réside dans l'aptitude de l'organisation à assimiler de nouvelles informations et dans l'habileté à les exploiter (Cohen and Levinthal 1990). Les modèles informationnels dirigent leur attention sur le partage de

connaissance, les structures technologiques et de communications entre l'environnement extérieur et l'organisation, ainsi qu'au sein même de celle-ci, afin d'expliquer le changement organisationnel.

C'est dans cette dernière perspective que peuvent s'inscrire certains modèles de l'apprentissage organisationnel, qui mettent soit l'accent sur l'interaction entre les individus (perspective sociale du processus de l'apprentissage organisationnel) ou la diffusion des informations dans l'organisation (perspective technique du processus de l'apprentissage organisationnel). Il revient à Argyris et Schön (Argyris and Schön 2002) d'avoir les premiers théorisé le modèle de l'apprentissage organisationnel. Pour ces auteurs (2002: 24), « une organisation apprend lorsqu'elle acquiert de l'information sous toutes ses formes », la traite et en profite en retour. Le modèle d'Argyris et Schön repose sur la prémisse que les organisations, tout comme les individus, disposent de théories d'action tacites (théories d'usage) qui gouvernent leur façon d'agir dans certaines situations, plus que les théories auxquelles ils disent explicitement adhérer (théories professées). La théorie d'usage définit une stratégie d'action basée sur les valeurs de l'organisation qui est constamment raffinée par l'apprentissage organisationnel (Argyris and Schön 2002). Argyris et Schön distinguent deux niveaux d'apprentissage : l'apprentissage en simple boucle et l'apprentissage en double boucle (Argyris and Schön 1978; Argyris 1982). L'apprentissage en simple boucle réfère aux situations où les individus agissant comme des agents de l'organisation détectent des erreurs dans les informations ou les compétences possédées pour agir sur une situation. Une 'investigation' est alors entreprise par les agents de l'organisation afin d'identifier ces erreurs et de les corriger en allant chercher les informations et les compétences appropriées (Cowley 1995). À ce niveau, les buts, les valeurs et les théories de l'organisation sont pris pour acquis; le focus est plutôt orienté vers les techniques et l'amélioration des techniques (Usher and Bryant 1989). L'apprentissage en double boucle, en revanche, survient face à des problèmes et des situations complexes qui impliquent une réflexion plus critique en regard des buts de l'organisation, de ses valeurs et ses prémisses fondamentales (Argyris and Schön 1978). Les organisations qui démontrent ce type d'apprentissage détectent et corrigent les erreurs de façon à modifier leurs structures, leurs valeurs et leurs prémisses (Argyris and Schön 1978;

Argyris 1982; Usher and Bryant 1989; Cunliffe 2004; Hong and Choi 2011). On parle alors de réel apprentissage, parce que la théorie organisationnelle d'usage est modifiée à la suite de l'investigation (Argyris and Schön 2002). C'est dans ces processus en double boucle que s'articulent principalement les niveaux d'apprentissage individuel et organisationnel : « Les théories d'usage individuelles contribuent à la création et au maintien du système d'apprentissage de l'organisation ; à son tour, ce système contribue à renforcer et restructurer les théories d'usage personnelles » (Argyris and Schön 2002: 39).

Facteurs influençant l'apprentissage organisationnel

Ces différentes perspectives et les modèles qu'elles proposent ont permis d'identifier plusieurs variables pouvant influencer l'adoption d'un changement dans l'organisation. Greenhalgh et al. (2004), dans un convainquant effort de synthèse, identifient huit dimensions autour desquelles gravitent ces variables : caractéristiques de l'innovation, caractéristiques des adoptants et processus d'adoption, assimilation par le système, processus de diffusion et dissémination, antécédents du système en regard de l'innovation, disponibilité du système pour l'innovation, réseaux et collaboration inter-organisationnels, ainsi que caractéristiques de l'implantation et de la routinisation. Bien que ces facteurs d'influence apparaissent intrinsèques aux différents modèles présentés préliminairement, il convient de faire un retour synthétique sur l'ensemble. Ainsi, l'avantage relatif de l'innovation ou du changement proposé par rapport à l'ancien mode de fonctionnement, sa compatibilité avec les valeurs, normes et besoins de l'organisation ainsi que sa simplicité perçue sont quelques caractéristiques qui en favorisent l'adoption (Marshall 1990; Rogers 1995; Ferlie, Gabbay et al. 2001; Denis, Hebert et al. 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). À un autre niveau, les caractéristiques des adoptants – telles que motivation, tolérance à l'ambiguïté, capacités, besoins et signification donnée à l'innovation ou au changement – joueraient également un rôle important dans le processus d'adoption (Rogers 1995; Yetton, Sharma et al. 1999; Ferlie, Gabbay et al. 2001; Gladwin, Dixon et al. 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). Dans un autre ordre d'idées, certaines variables peuvent être identifiées comme favorisant la diffusion

de l'innovation à travers l'organisation, telles que la qualité de la structure de réseautage dans l'organisation, le soutien de leaders d'opinion et de champions favorables au changement ou la présence de programmes formels de diffusion bien adaptés aux caractéristiques des adoptants et de l'organisation (Becker 1970; Rogers 1995; Backer and Rogers 1998; Markham 1998; Greenhalgh, Robert et al. 2004). En outre, de nombreuses caractéristiques des organisations (caractéristiques structurelles ou culturelles) ont été étudiées en termes de leur influence sur l'adoption d'un changement. La capacité à adopter un changement serait notamment augmentée lorsque l'organisation est de grande taille, mature, divisée fonctionnellement en départements et unités, présentant des structures de décision décentralisées, une bonne capacité absorbante de l'information et un contexte réceptif pour le changement (Damanpour 1991; Pettigrew and McKee 1992; Barnsley, Lemieux-Charles et al. 1998; Ferlie, Gabbay et al. 2001; Greenhalgh, Robert et al. 2004).

Encadré 5. Définition de l'apprentissage organisationnel

Bien que cette thèse n'aborde pas directement l'apprentissage organisationnel, elle le conceptualise comme un rouage important du développement professionnel. À partir d'une perspective socio-informationnelle découlant des sciences organisationnelles, l'apprentissage organisationnel est envisagé comme un processus où de nouvelles informations sont acquises et de nouvelles compréhensions émergeant des agents de l'organisation se diffusent dans l'organisation grâce à divers types d'interactions, permettant un changement dans la structure, la composition ou le fonctionnement de l'organisation.

Chapitre 5

Chapitre 5. Cadre théorique, objectifs et questions de recherche

La revue de littérature présentée dans cette thèse (Chapitre 2) a mis en relief certaines lacunes des études consacrées au développement professionnel en santé publique. Des besoins sont notamment identifiés en ce qui a trait à l'évaluation de la théorie d'intervention de ces programmes, l'étude de leur implantation et de leurs processus de production d'effets, ainsi que l'analyse de leurs effets sur les apprentissages et les pratiques de la main-d'œuvre de santé publique. Par ailleurs, un survol de la littérature des théories du développement professionnel (Chapitre 4) nous confirme qu'il s'agit d'un processus multidimensionnel qui peut être abordé à partir de plusieurs perspectives complémentaires. À un niveau individuel, le développement professionnel peut être théorisé de façon plus traditionnelle à partir du point de vue des modèles de l'éducation de l'adulte et du développement des compétences. Le développement professionnel peut aussi être abordé à l'intérieur de l'apprentissage réflexif, processus au cours duquel le professionnel se livre à l'examen et au questionnement de sa pratique à l'aune de ses expériences passées, ce qui lui permet de développer de nouvelles compréhensions qui influencent ultimement ses actions. Ensuite, à un niveau intermédiaire, le développement professionnel peut être étudié à travers l'apprentissage collaboratif en équipe, ce qui lui confère un caractère interactionnel et interprétatif important. Dans cette perspective, le développement professionnel devient un processus itératif au cours duquel une équipe acquiert, interprète et utilise activement de l'information, des connaissances et des expériences pour générer une nouvelle compréhension collective d'un problème ou d'une situation, et des changements de pratique conséquents. Enfin, du point de vue organisationnel, ces nouvelles compréhensions et apprentissages émergeant des équipes (ou des individus) se diffusent dans l'organisation grâce à divers types d'interactions, permettant un changement dans la structure, la composition et le fonctionnement de l'organisation. Ces changements contribuent en retour au maintien des nouveaux apprentissages des professionnels, faisant ainsi de l'apprentissage organisationnel un rouage crucial du développement professionnel.

Capitalisant à la fois sur les perspectives individuelle, groupale et organisationnelle du développement professionnel, cette thèse cherche à combler certaines lacunes de l'étude du développement professionnel en santé publique tout en répondant de façon utile à des besoins spécifiques de la pratique. Cette étude évaluative vise donc à offrir deux types de contributions : une contribution empirique au modèle de développement professionnel étudié, le Laboratoire de promotion de la santé; une contribution théorique et méthodologique à l'étude du développement professionnel en santé publique. Pour ce faire, la présente thèse se propose d'évaluer le Laboratoire de promotion de la santé selon trois angles, qui concerne sa théorie d'intervention, ses processus et ses effets. Tel qu'énoncés dans la section 2.5, les objectifs spécifiques de la thèse sont :

1. Examiner la plausibilité de la théorie d'intervention du programme (évaluation de la théorie d'intervention);
2. Décrire et comprendre les processus d'apprentissage d'équipe ainsi que les facteurs qui les influencent (évaluation des processus);
3. Explorer, du point de vue des participants, les effets réflexifs du Laboratoire (évaluation des effets).

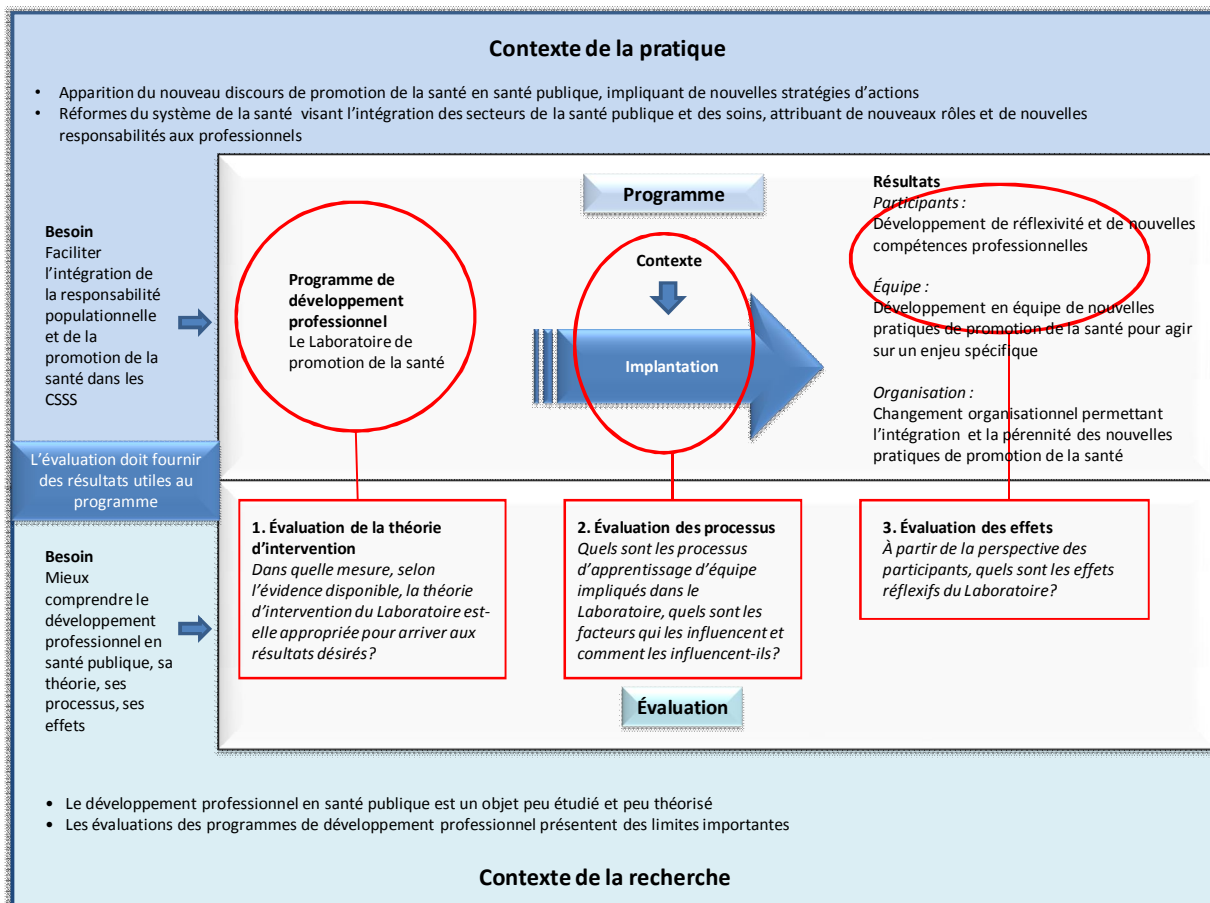
Ces objectifs peuvent être reformulés sous forme de questions évaluatives :

1. Dans quelle mesure, selon l'évidence disponible, la théorie d'intervention du Laboratoire est-elle appropriée pour arriver aux résultats désirés?
2. Quels sont les processus d'apprentissage d'équipe impliqués dans le Laboratoire, quels sont les facteurs qui les influencent et comment les influencent-ils?
3. À partir de la perspective des participants, quels sont les effets réflexifs du Laboratoire?

Le schéma qui suit (Figure 1) offre une représentation graphique de l'intégration de la thèse au sein de la problématique du développement professionnel (pratique et recherche), présentée dans les premiers chapitres de cette thèse. Le schéma met aussi en exergue

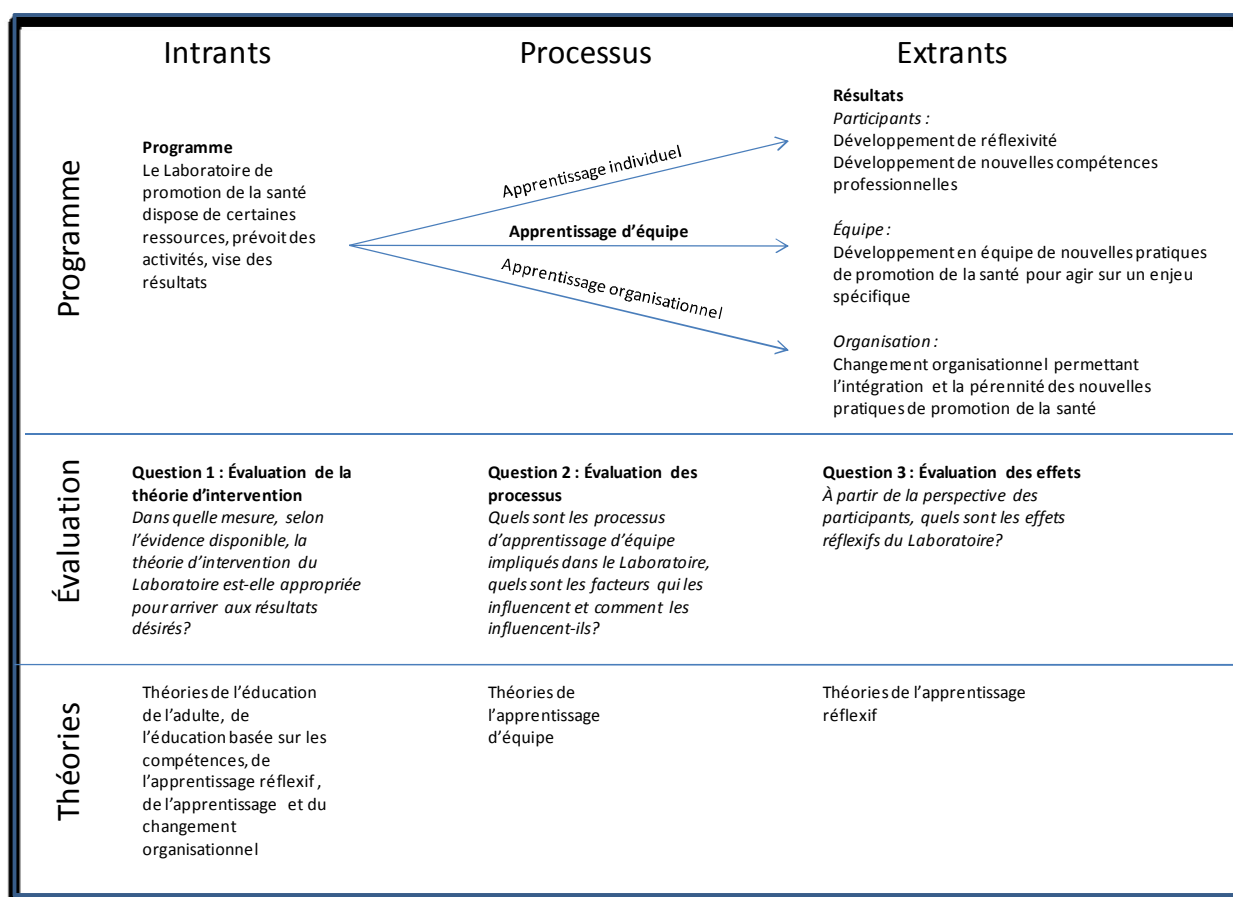
l'articulation entre les composantes de l'intervention évaluées et les divers objectifs de la thèse.

Figure 1. Articulation de la thèse au sein de la problématique



Par ailleurs, l'étude de chacune des composantes du programme mobilise différents niveaux de théories du développement professionnel. La Figure 2, complémentaire à la Figure 3, présente cette articulation en offrant une vision entière du cadre théorique de la thèse.

Figure 2. Cadre théorique de la thèse



L'évaluation d'un programme tel que le Laboratoire de promotion de la santé aurait pu donner lieu à une pléiade d'études différentes. Les choix spécifiques qui ont été fait dans le cadre de cette thèse s'argumentent en fonction de trois critères généraux : l'importance de la recherche d'un point de vue scientifique, la faisabilité de la recherche et finalement, son utilité pour les utilisateurs de connaissances, soit les promoteurs du programme (Tableau III).

Tableau VI. Critères de choix des différentes questions

| Question | Importance pour la littérature |
|----------|--|
| 1 | <p>En santé publique, les savoirs scientifiques ne sont pas intégrés de façon systématique dans la conceptualisation des programmes de développement professionnel. L'évaluation de la théorie d'intervention offre une méthodologie pratique afin de valider scientifiquement la conceptualisation de ces programmes.</p> <p>Faisabilité L'approche d'évaluation choisie, l'analyse logique, nécessite peu de ressources et peut être réalisée à tout moment de l'existence d'un programme, les bénéfices étant toutefois plus grands lorsque ce type d'analyse est menée préalablement ou au début de l'implantation d'un programme.</p> <p>Utilité pour le programme L'évaluation de la théorie d'intervention du Laboratoire permettra d'évaluer le potentiel du programme à atteindre les résultats escomptés et de proposer des améliorations basées sur la littérature scientifique afin d'améliorer ce modèle.</p> |
| Question | Importance pour la littérature |
| 2 | <p>En santé publique, malgré l'engouement créé par les nouvelles approches de développement professionnel collaboratives (en équipe), l'étude de ces initiatives s'intéresse rarement à leur implantation, aux processus de production des effets ainsi qu'à leur contexte. De plus, le développement professionnel est le plus souvent conceptualisé au niveau individuel, un niveau qui ne rend pas compte de la dimension interactionnelle et synergique de l'apprentissage.</p> <p>Faisabilité Puisque cette thèse est majoritairement réalisée durant la première année d'implantation du Laboratoire, il apparaît faisable d'analyser les processus d'apprentissage d'équipe durant cette période critique de mise en place du programme.</p> <p>Utilité pour le programme L'apprentissage d'équipe est au cœur même de la conceptualisation du Laboratoire de la promotion de la santé. L'étude des processus fournira une lecture riche de ces phénomènes et des facteurs de différents niveaux agissant comme des obstacles et des leviers potentiels à l'implantation du programme.</p> |
| Question | Importance pour la littérature |
| 3 | <p>L'apprentissage réflexif dans le cadre du développement professionnel ainsi que ses implications pour les professionnels de santé publique ont été peu explorés dans la littérature. Une meilleure compréhension de la réflexivité et de ses différentes formes pourrait apporter une contribution intéressante à la conceptualisation des programmes de développement professionnel et à leurs stratégies éducationnelles.</p> <p>Faisabilité Dans le cadre temporel limitatif de cette thèse de doctorat, l'étude des effets du Laboratoire doit se borner aux effets individuels du programme chez les participants après un an, tels que l'émergence de nouvelles compréhensions (réflexivité) qui se mettent en place plus rapidement. En effet, parce que le programme est conçu pour durer environ trois ans, il ne serait pas approprié, par exemple, d'étudier les effets organisationnels du programme après un an.</p> <p>Utilité pour le programme Le développement de réflexivité par les participants est un des objectifs visés par le Laboratoire de promotion de la santé. Étudier les effets du programme au regard du développement de réflexivité chez les participants permet entre autres d'évaluer si le programme produit les effets escomptés.</p> |

Chapitre 6

Chapitre 6. Méthodologie

6.1. Une posture d'évaluation collaborative

Née principalement d'un besoin des promoteurs du Laboratoire de promotion de la santé, cette étude évaluative cherche à fournir des résultats utiles à l'amélioration du programme, et s'inscrit de ce fait dans le courant des évaluations centrées sur l'utilisation, qui visent à rendre les résultats de l'évaluation pertinents pour ceux qui en sont les principaux utilisateurs (Patton 2008). De façon à faciliter l'utilisation des résultats, des mécanismes de rétroaction, tels que des présentations fréquentes des résultats préliminaires à l'équipe, ont été mis en place périodiquement pour favoriser l'échange et le transfert des connaissances¹⁵. Dans ce contexte, la démarche évaluative s'appuie sur une relation **collaborative** entre l'évaluatrice-chercheure et l'équipe du Laboratoire de promotion de la santé de la DSPM. Ce type d'approche mise sur la participation des parties prenantes, perçues comme ressources cruciales de l'évaluation, garantes de la pertinence de l'évaluation, de l'utilisation des résultats et de l'impartialité du processus évaluatif (Weiss 1983; Champagne, Contandriopoulos et al. 2011). Cette participation peut engager divers acteurs gravitant autour de l'intervention, se réaliser à différents niveaux et impliquer une variété d'intensités de participation (Champagne, Contandriopoulos et al. 2011). Dans ce cas-ci, les acteurs impliqués sont les membres de l'équipe du Laboratoire de la DSPM, qui ont pris part de façon modérée au choix des questions d'évaluation, des devis, des stratégies de collecte de données, ainsi qu'à l'interprétation des résultats de chacun des objectifs, l'évaluatrice-chercheure conservant néanmoins le contrôle sur les aspects techniques de l'évaluation pour en assurer la validité.

¹⁵ Initialement, la chercheure s'est basée sur une approche d'évaluation développementale, inspirée des écrits de Patton, afin de réfléchir et de définir l'approche évaluative générale utilisée dans cette thèse (Patton 2006; Patton 2008; Patton 2011). Toutefois, par la suite, il est apparu que des difficultés importantes nuisaient à l'adoption formelle de ce type d'approche dans le contexte de cette thèse. Ce faisant, deux démarches se sont peu à peu distinguées, pour être ensuite menées parallèlement. Pour plus de détails, consulter la section 8.3.2 du Chapitre 8 ainsi que l'article « Managing Tensions Between Evaluation and Research: Illustrative Cases of Developmental Evaluation in the Context of Research » (Rey, Tremblay et al. 2013).

L'adoption d'une approche collaborative amène souvent à questionner le rôle assumé par l'évaluateur dans le projet évaluatif, qu'on considère généralement sur la base d'un continuum de positions internes (dépendantes) à externes (indépendantes). Dans ce cas précis, l'évaluatrice-chercheuse s'est vue intégrée dans l'équipe du programme, tout en conservant une certaine indépendance du fait de sa situation d'étudiante universitaire et non d'employée de la DSPM. Cette position mitoyenne, semi-interne (membre de l'équipe) et semi-externe (chercheur universitaire), s'inscrit dans une typologie néo-positiviste de l'utilisation de l'évaluation, qui reconnaît une place importante à la subjectivité dans la relation entre l'évaluateur et l'objet d'évaluation ainsi qu'à la participation des acteurs concernés dans le processus évaluatif, sans toutefois nier l'existence d'une certaine réalité objective (Champagne, Contandriopoulos et al. 2011). Si dans un paradigme positiviste, seule une position externe est considérée comme objective, une position mitoyenne n'est pas réellement un problème dans une approche néopositiviste, puisque la subjectivité y est souvent regardée comme inhérente au processus évaluatif. De fait, « la subjectivité de l'évaluation interne est compensée par la sensibilité au contexte, l'engagement à long terme dans le processus d'amélioration induit par l'intervention et le soutien au processus d'évaluation » (Champagne, Contandriopoulos et al. 2011: 285). En outre, selon certains auteurs, la subjectivité de l'évaluateur doit être considérée comme un paramètre spécifique de sa position, qui lorsque prise en compte, lui permet ultimement d'atteindre une sorte d'objectivité transpositionnelle (Sen 1992; Thiebaut, Brouselle et al. 2011). Cette objectivité transpositionnelle se nourrit et se construit à travers les points de vue des différents acteurs, le jugement évaluatif devenant alors « un construit complexe basé sur la prise en compte de diverses perspectives sur un même objet, entraînant une augmentation de la légitimité et de la représentativité de celui-ci » (Thiebaut, Brouselle et al. 2011: 18).

6.2. Trois questions évaluatives : trois démarches d'investigation différentes

Cette thèse souscrit à une méthodologie générale qualitative et à une approche interprétative, permettant d'explorer et de comprendre une situation ou un phénomène à travers les significations construites par les individus qui l'expérimentent (Creswell 2009). Ce faisant, cette recherche adopte une position épistémologique mixte (néo-positiviste), à la manière de Miles et Huberman, qui reconnaît « à la fois l'objectivité du monde social et ses régularités ainsi que le rôle central qu'y jouent les significations construites par les acteurs sociaux » (Laperrière 1997: 328).

Par ailleurs, les trois questions évaluatives qui font l'objet de cette thèse commandent différentes démarches d'investigation ou devis, qui focalisent sur des objets divers à l'aide de sources de données et de stratégies d'analyse adaptées. Le Tableau IV résume les paramètres de la recherche pour chacune des différentes questions évaluatives.

Tableau IV. Paramètres de la recherche en fonction de chacune des questions

| Question évaluative | Démarche d'investigation / devis | Unité d'analyse | Concepts observés | Stratégies d'analyse |
|--|----------------------------------|---|---|---|
| 1. Évaluation de la théorie d'intervention : Dans quelle mesure, selon l'évidence disponible, la théorie d'intervention du Laboratoire est-elle appropriée pour arriver aux résultats désirés? | Analyse logique | Le Laboratoire de promotion de la santé en tant que programme | Liens entre les ressources, les activités et les résultats du programme (modèle logique opérationnel-théorique) | Analyse logique directe, reposant sur la construction d'un modèle logique, l'élaboration d'un cadre intégrateur et l'appariement critique |
| 2. Évaluation des processus : Quels sont les processus d'apprentissage d'équipe impliqués dans le Laboratoire, quels sont les facteurs qui les influencent et comment les influencent-ils? | Étude de cas | Processus d'apprentissage de deux équipes de Laboratoire durant un an | Processus d'apprentissage par lesquels les équipes acquièrent, interprètent et utilisent activement de l'information et des expériences de façon à générer une nouvelle compréhension d'un problème et un changement dans leur façon d'y répondre | Analyse par construction d'une explication (analyse thématique et analyse transversale) |
| 3. Évaluation des effets : À partir de la perspective des participants, quels sont les effets réflexifs du Laboratoire? | Analyse descriptive | Les participants au Laboratoire des deux sites après un an | Changement dans les représentations des participants quant à leur expérience professionnelle, modalités de ces changements | Analyse par appariement |

6.2.1 Évaluation de la théorie d'intervention

Dans quelle mesure, selon l'évidence disponible, la théorie d'intervention du Laboratoire est-elle appropriée pour arriver aux résultats désirés?

Démarche d'investigation ou devis

Au cours des dernières décennies, le courant des évaluations basées sur la théorie (*theory-based evaluations*) a connu un développement effervescent, donnant naissance à une variété d'approches (Coryn, Noakes et al. 2011). De façon générale, les évaluations basées sur la théorie s'intéressent aux liens entre la conceptualisation d'un programme et ses effets attendus ou réels (Weiss 1997; Mayne 2012). Dans cette thèse, l'**analyse logique** est la démarche d'investigation privilégiée de façon plus spécifique pour évaluer la théorie d'intervention du Laboratoire de promotion de la santé. Cette approche permet d'analyser la plausibilité de la théorie d'intervention d'un programme à l'aune d'une comparaison avec un cadre synthétique dérivé de la littérature. L'analyse logique vise en fait à « déterminer s'il y a adéquation entre les objectifs d'une intervention et les moyens mis en œuvre pour les atteindre » (Champagne, Brousselle et al. 2009: 103). Concrètement, elle consiste à analyser les liens entre les ressources d'une intervention, les processus mobilisés et les résultats attendus sur la base d'un cadre intégrateur dérivé de la littérature scientifique et des savoirs experts. Cette approche se base ainsi sur une 'structure de preuve comparative' où deux systèmes représentatifs (théorie d'intervention du programme, modèle émergeant de la littérature) sont comparés afin de tirer des conclusions (Gauthier 2004).

L'analyse logique prend comme une unité d'analyse **le programme du Laboratoire de promotion de la santé**. Le choix de ce programme a été motivé non seulement par les conjectures événementielles expliquées dans l'introduction de cette thèse, mais également par son caractère unique en regard de l'univers étudié (*intensity sampling*), soit les programmes de développement professionnel en santé publique (Patton 2002; Yin 2009). Les caractéristiques qui rendent ce programme de développement professionnel unique résident entre autres dans sa durée soutenue dans le temps, sa nature adaptative en regard des besoins de l'équipe

participante et son approche générale misant sur la pratique réflexive, l'apprentissage situé et synergique en groupe.

En outre, c'est la **théorie d'intervention du programme**, qui représente l'ensemble des croyances quant aux mécanismes d'action d'un programme, qui sera plus précisément observée (Weiss 1998). Cette théorie d'intervention est le plus souvent formalisée à travers un modèle logique qui précise les mécanismes d'action de l'intervention, en stipulant les liens entre les ressources, les activités et les objectifs d'un programme (modèle logique opérationnel), et les liens entre les objectifs de production et les objectifs ultimes d'un programme (modèle logique théorique). L'analyse logique mobilise généralement les deux types de modèles (Champagne, Brousselle et al. 2009).

Stratégie de collecte de données

L'analyse logique a nécessité l'utilisation de **données documentaires**, comprenant les documents de présentation du programme, les documents de travail et les outils développés par les concepteurs. Des données d'observation, provenant de l'observation libre (sans grille) à des séances de laboratoire ainsi qu'aux réunions avec l'équipe du Laboratoire de la DSPM ont complété et facilité l'interprétation des données documentaires de façon informelle. Les sources de données documentaires utilisées sont présentées en détails dans le tableau V.

Tableau V. Sources documentaires analysées dans le cadre de l'évaluation de la théorie d'intervention

| Sources documentaires analysées | Type | Date de production |
|---|------|--------------------|
| Laboratoire de promotion de la santé : Opérationnalisation de l'innovation selon la théorie de l'acteur réseau | PPT | Août 2009 |
| Fiche 3 – Résumé de projet | PDF | Août 2009 |
| Fiche 4 – Démarche populationnelle | PDF | Août 2009 |
| Fiche 5 – Rôles respectifs | PDF | Août 2009 |
| Fiche 6 – Théorie de l'acteur réseau | PDF | Août 2009 |
| Repères pour une pratique de promotion de la santé guidée par l'approche populationnelle dans les CSSS – Projet de Laboratoire de promotion de la santé | PDF | Septembre 2009 |
| Modèle théorique du Laboratoire | PDF | Octobre 2009 |
| Le Laboratoire de promotion de la santé | PPT | Janvier 2010 |
| Projet de Laboratoire de promotion de la santé – Démarche opérationnelle : En sept volets | PDF | Janvier 2010 |
| Bilan des activités 2009-2011 – Laboratoire de promotion de la santé | PDF | Septembre 2011 |

Stratégie d'analyse

Dans le contexte de cette thèse, une stratégie d'analyse logique directe, reposant sur la **construction d'un modèle logique** (*logic modeling*), l'**élaboration d'un cadre intégrateur** de la littérature et l'**appariement critique** (*pattern matching*), a été favorisée. Ce type d'analyse permet d'identifier les caractéristiques cruciales du programme et les conditions contextuelles critiques requises pour produire les résultats attendus (Champagne, Brousselle et al. 2009; Brousselle and Champagne 2011; Rey, Brousselle et al. 2012).

L'analyse logique directe a été réalisée en trois phases. La première phase de l'analyse logique consiste en la représentation de la théorie d'intervention du Laboratoire de promotion de la santé à travers la construction d'un modèle logique spécifiant les liens entre les ressources, les processus et les résultats attendus du programme. Pour ce faire, les données documentaires et les observations de la chercheuse ont été analysées afin d'identifier les différentes composantes du programme ainsi que leurs liens. À cette étape, des rencontres avec l'équipe de la DSPM ont permis de réviser et de valider le modèle logique développé.

La deuxième phase mise sur une revue de la littérature scientifique pertinente pour développer un 'cadre intégrateur'. Dans le cas qui nous préoccupe, la littérature concernant l'apprentissage de l'adulte, la réflexivité, l'apprentissage organisationnel et le changement organisationnel a été explorée en raison de sa pertinence quant aux objectifs du programme. En effet, cette littérature documente des processus semblables à ceux attribués au programme et permet ainsi d'identifier les caractéristiques cruciales et les conditions nécessaires à l'obtention des effets recherchés. Pour guider la revue, la question suivante a été formulée : « Quels principes ou quelles caractéristiques devrait adopter un programme de développement professionnel afin de favoriser (1) le développement de nouvelles compétences professionnelles, (2) la pratique réflexive et (3) le changement organisationnel? » Afin d'identifier les références pertinentes, la revue s'est basée en un premier temps sur les résultats fournis par la base de données *ISI Web of knowledge*. Les mots-clés suivants ont été utilisés en combinaisons variées pour effectuer les recherches : *health professional; professional development; competencies development; adult learning; reflection; reflectivity; reflective practice; reflective learning; organization* change; organization* innovation; organization**

capacity; intervention; program. D'autres références ont par la suite été identifiées à partir de la bibliographie des articles pertinents. Des ouvrages bibliographiques ont également été consultés. Cette phase s'est soldée par une synthèse organisée (sous forme de cadre intégrateur) des dernières et plus significatives connaissances dans les domaines explorés.

La troisième et dernière phase consiste en une analyse comparative qui vise à confronter, de façon systématique, la représentation de la théorie d'intervention du Laboratoire au cadre intégrateur construit grâce à l'étude de la littérature. Cette comparaison utilise un processus d'appariement critique, une stratégie qui « compares an empirically based pattern with a predicted one » (Yin 2009 : 136). Dans ce cas, l'appariement critique a mis en relation les activités et les ressources de l'intervention à celles qu'il faudrait théoriquement retrouver pour que l'intervention atteigne ses objectifs (Champagne, Brousselle et al. 2009). Ce faisant, les forces et les faiblesses du Laboratoire de promotion de la santé ont pu être mises en relief.

Validité

Les critères de validité de l'analyse logique sont similaires à ceux des études de cas : « For program theory evaluation, understanding an intervention's causal processes can be likened, in terms of validity criteria, to case study analysis. » (Brousselle and Champagne 2011: 70). Dans cette étude, l'utilisation de plusieurs sources de données pour bâtir et valider le modèle de l'intervention ainsi que pour construire le cadre conceptuel intégrateur favorisent la validité de construit, en multipliant les mesures pour le même phénomène. L'emploi d'une procédure documentée pour mener l'analyse permet d'augmenter la fiabilité de l'analyse, tandis que la stratégie d'analyse systématique, reposant sur la construction du modèle logique et l'appariement critique, assure la validité des conclusions de l'analyse logique (Yin 2009). En outre, en lien avec la validité externe, il apparaît que le modèle évalué, le Laboratoire de promotion de la santé, pourrait être transféré à d'autres contextes semblables¹⁶, puisque validé par l'analyse logique (Brousselle and Champagne 2011).

¹⁶ Pourvu que les conditions critiques identifiées par l'analyse soient respectées.

6.2.2 Évaluation des processus

Quels sont les processus d'apprentissage d'équipe impliqués dans le Laboratoire, quels sont les facteurs qui les influencent et comment les influencent-ils?

Démarche d'investigation ou devis

L'évaluation des processus est une forme d'évaluation d'implantation orientée vers l'étude de la façon dont un programme produit un résultat (Patton 1997). L'analyse processuelle d'implantation est bien servie par une structure de preuve exploratoire de type étude de cas, qui analyse en profondeur une ou quelques situations de façon inductive, avec la possibilité d'établir des liens entre différents éléments et phénomènes (Gauthier, 2004). « L'étude de cas est particulièrement appropriée lorsque l'analyse du contexte est centrée sur les dynamiques d'interaction entre les acteurs concernés par l'implantation, ou lorsqu'on veut mener une analyse processuelle de l'implantation » (Champagne, Brousselle et al. 2009: 240). Ainsi, dans cette thèse, le devis pour évaluer les processus est **l'étude de cas multiples**, qui cumule diverses sources de données au sein d'une approche systémique pour étudier de façon riche et profonde un phénomène particulier dans plusieurs sites différents (Stake 1995; Yin 2009). On considère généralement que l'étude de cas multiples permet de déterminer avec plus de validité s'il y a reproduction des processus étudiés dans différents milieux (Champagne, Brousselle et al. 2009: 240).

À cet égard, l'évaluation des processus prend comme unité d'analyse deux cas particuliers, soit **les processus d'apprentissage de deux équipes ayant expérimenté le Laboratoire de promotion de la santé** (équipe A et équipe B). Les deux équipes observées proviennent de deux CSSS différents de la région de Montréal, chacun desservant un territoire spécifique de la région. Chaque cas implique une équipe multidisciplinaire composée d'une dizaine de participants qui occupent une variété de poste au sein du CSSS : médecin, infirmière, travailleur social, éducateur spécialisé, organisateur communautaire, hygiéniste dentaire, hygiéniste du travail, conseiller en promotion de la santé, directeur local de santé publique, coordonnateur d'équipe, etc. Les deux équipes ont été principalement choisies sur la base de leur disponibilité, puisqu'étant les deux premières équipes ayant expérimenté le

programme (*opportunistic sampling*) (Patton 2002; Yin 2009). Toutefois, certaines différences dans les caractéristiques initiales des équipes laissaient présager des situations contrastantes (*heterogeneity sampling*), qui permettraient de mettre à l'épreuve la théorie développée (Patton 2002; Yin 2009). En effet, si les participants démontrent des caractéristiques semblables au niveau individuel (sauf en ce qui concerne l'ancienneté dans le CSSS – se référer au Tableau VII), il en est autrement des caractéristiques du contexte organisationnel qui encadre chacune des équipes.

Ainsi, les participants associés au cas A proviennent en majorité du secteur Santé et sécurité au travail du CSSS. Contrairement aux autres secteurs du CSSS, le secteur Santé et sécurité au travail occupe une position particulière au sein de l'organisation: bien que dépendant du CSSS, son mandat est sous-régional et assigné par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Ce faisant, son aire de service inclut plusieurs territoires locaux et ses budgets sont gérés par la CSST. Le mandat initial du secteur Santé et sécurité au travail est de visiter des compagnies et les usines situées sur son aire de service afin de contrôler les risques à la santé et de prévenir les expositions dangereuses pour les travailleurs. L'équipe a choisi la 'santé au travail' comme thème de départ pour le Laboratoire.

Par contraste, la majorité des participants associés au cas B proviennent du secteur Famille/Enfance/Jeunesse d'un autre CSSS. Les professionnels de ce secteur sont mandatés pour répondre aux besoins des écoles sur le territoire et distribuent de ce fait leur temps entre différentes écoles et le CSSS. L'équipe B a choisi la 'persévérance scolaire' comme thème de départ du Laboratoire.

En outre, l'étude de cas observe plus spécifiquement **le processus d'apprentissage** par lesquels les équipes acquièrent, interprètent et utilisent activement de l'information, des connaissances et des expériences de façon à générer une nouvelle compréhension d'un problème et un changement dans sa façon d'y répondre. Cet objet a été choisi parce que l'apprentissage d'équipe est un processus au cœur même du concept du Laboratoire de la promotion de la santé. L'étude des processus est temporellement limitée à **la première année d'implantation du Laboratoire**, période critique de mise en place du programme avec les équipes.

Stratégies de collecte de données

Les données utilisées afin d'informer cette étude de cas ont été collectées à l'aide de quatre stratégies distinctes: **collecte documentaire, entrevues qualitatives semi-dirigées, focus groups et observations**. Hormis pour les entrevues qualitatives, conduites une seule fois un an après le début de l'implantation du programme, toutes les autres stratégies ont été mises en œuvre de façon régulière durant un an. Les caractéristiques des données collectées sont présentées avec plus de détails dans le tableau VI.

Tableau VI. Informations sur les données collectées dans les deux équipes dans le cadre de l'évaluation des processus

| Équipe | A | B |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <i>Participants</i> | | |
| Nombre, participants réguliers | 9 | 9 |
| Nombre, participants occasionnels* | 2 | 2 |
| Total | 11 | 11 |
| <i>Séances de Laboratoire durant la première année</i> | <i>(janvier 2010 à décembre 2010)</i> | <i>(mars 2010 à février 2011)</i> |
| Nombre de séances tenues | 17 | 15 |
| Nombre de séances annulées | 0 | 1 |
| Taux de participation moyen**, participants réguliers | 86,1% | 79,4% |
| Taux de participation moyen***, participants occasionnels | 14,2% | 13,3% |
| <i>Focus groups</i> | | |
| Nombre | 7 | 7 |
| Taux de participation**, participants réguliers | 88,0% | 82,5% |
| Taux de participation***, participants occasionnels | 14,2% | 14,2% |
| <i>Sessions d'observation</i> | | |
| Nombre | 7 | 7 |
| Taux de participation**, participants réguliers | 88,0% | 82,5% |
| Taux de participation***, participants occasionnels | 14,2% | 14,2% |
| <i>Entrevues qualitatives</i> | | |
| Nombre de participants | 9 | 11 |
| Taux de participation**, participants réguliers | 88,8% | 100,0% |
| Taux de participation***, participants occasionnels | 50,0% | 100,0% |
| Taux de participation, total | 81,8% | 100,0% |
| <i>Sources documentaires</i> | | |
| Bilan interne (un seul pour tous) | 1 | 1 |
| Procès-verbaux | 17 | 12 |
| Documents manquants | 0 | 3 |
| Entrées journal de bord | 17 | 15 |
| Entrées manquantes | 0 | 0 |

*gestionnaires en supervision de l'équipe, qui ne participant qu'occasionnellement aux laboratoires

**taux de participation = $(\Sigma \text{ nombre de participant réguliers présents} / \Sigma \text{ nombre de participants réguliers potentiel}) \times 100$

***taux de participation = $(\Sigma \text{ nombre de participant occasionnels présents} / \Sigma \text{ nombre de participants occasionnels potentiel}) \times 100$

Les sources documentaires consistent principalement en les journaux de bord des accompagnateurs de la DSPM qui ont guidé et soutenus les équipes A et B (entrées concernant la première année uniquement). Les autres documents incluent les procès-verbaux des rencontres de laboratoire ainsi que certains documents internes de la DSPM, tel que le bilan du programme après un an. On remarque que certains documents (3 procès-verbaux) sont manquants pour l'équipe B. Ce faisant, les comptes-rendus de ces rencontres ont dû être reconstitués à partir des autres documents disponibles (ordre du jour, journaux de bord) et des notes d'observation. Néanmoins, il est possible que cela ait pu nuire à une reconstitution exacte et précise du processus d'apprentissage de cette équipe.

En outre, plusieurs données ont été obtenues grâce à des entrevues qualitatives semi-dirigées avec les participants. Ainsi, à la fin de la première année du Laboratoire, tous les participants, réguliers et occasionnels (gestionnaires en supervision de l'équipe), ont été invités à prendre part à une entrevue qualitative semi-dirigée d'environ une heure. L'unique critère d'inclusion était de faire partie de l'équipe du Laboratoire depuis au moins 6 mois. Un seul participant (participant régulier – équipe A) a refusé de prendre part à l'entrevue, en raison de manque de temps. En outre, une entrevue a été écartée car le participant (participant occasionnel – équipe A), un gestionnaire sénior en supervision de l'équipe, s'est dit incapable de répondre aux questions. Comme ce participant n'était pas impliqué de façon significative dans le processus d'apprentissage d'équipe, il n'y a pas lieu de penser que l'absence de son témoignage puisse porter préjudice à l'analyse des données. Le nombre final de participants aux entrevues est de neuf pour l'équipe A, et 11 pour l'équipe B (consulter le Tableau VII pour plus de détails sur les caractéristiques des participants). Des questions ouvertes, organisées dans un guide d'entrevue, ont été utilisées afin d'investiguer notamment comment les participants avaient expérimenté le processus, quels apprentissages ils avaient réalisés au cours de leur participation, quels étaient les éléments de succès et de difficulté du

Laboratoire ainsi que les façons d'améliorer le programme (guides d'entrevue pour les participants réguliers et occasionnels en Annexes III et IV). Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites.

En ce qui concerne les *focus groups*, ils ont été réalisés de façon régulière au courant de la première année d'implantation avec les deux équipes (sept *focus groups* avec l'équipe A; sept avec l'équipe B). Ces *focus groups* ont été tenus durant l'espace évaluation, une plage horaire de 15 minutes dédiée à des échanges entre la chercheure et les participants à la fin de certaines séances de laboratoire durant la première année d'implantation. Les taux de participation aux *focus groups* présentent des valeurs similaires pour les deux groupes et sont un peu plus élevés que les taux de participation généraux aux séances de laboratoire, avec une valeur un peu moindre pour l'équipe B, ce qui reflète aussi le taux de participation moyen à l'ensemble des séances. Les participants absents lors des *focus groups* ne sont pas les mêmes d'une séance à l'autre et ne diffèrent pas systématiquement des autres. Les *focus groups* avaient pour but d'amener l'équipe à réfléchir et à identifier les éléments facilitant et inhibant le processus d'apprentissage de l'équipe ainsi que l'implantation du programme dans les sites (Annexe V). Les réponses des participants ont été colligées à l'écrit par la chercheure.

Les observations (sept sessions dans chaque équipe) ont été effectuées durant les mêmes séances de laboratoire que les *focus groups*. Elles ont été collectées à l'aide d'une grille formelle (Annexe VI) permettant de documenter les caractéristiques du contexte, les différentes étapes du processus d'apprentissage expérimenté par les équipes ainsi que les facteurs facilitant et inhibant ce processus. Les observations ont été colligées à l'écrit par la chercheure.

Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse utilisée pour l'évaluation des processus est la **construction d'une explication** (*explanation building*), grâce à l'analyse thématique et l'analyse transversale (*cross-case analysis*) (Yin 2009). La construction d'une explication est un mode d'analyse itératif qui vise à stipuler un ensemble de liens causaux à l'origine d'un phénomène. Avec cette stratégie, « le chercheur aborde ces données avec un minimum de formalisation

théorique et construit progressivement une explication optimale du phénomène à l'étude » (Contandriopoulos 1990: 83). Dans ce cas-ci, les propositions théoriques de base, qui ont orienté l'observation empirique et l'analyse des données, formulent une définition du processus d'apprentissage d'équipe, conçu comme déterminé par des facteurs d'ordre individuel, groupal et organisationnel. Alors que ces larges catégories théoriques ont été déterminées sur la base de la littérature, les facteurs spécifiques influençant l'apprentissage d'équipe ont été identifiés de façon plus inductive par une analyse thématique. Une analyse transversale, utile dans les études de cas multiples pour vérifier s'il y a réplication de la théorie, a enfin permis de comparer les résultats pour les deux sites. Ainsi, dans cette étude de cas, la construction d'une explication, s'alliant de l'analyse thématique et l'analyse transversale, s'est réalisée à travers un processus tridimensionnel comprenant : (1) la description du processus d'apprentissage de chaque équipe; (2) l'analyse thématique des facteurs les plus importants ayant influencé le processus d'apprentissage de chaque équipe; (3) une analyse transversale des résultats des deux cas, culminant dans une explication générale du processus d'apprentissage d'équipe.

Afin de réaliser cette analyse, une base de données a été construite dans NVivo 8. Une première lecture de l'ensemble des données de la base a permis de documenter le contexte de chacun des cas. Par la suite, les lectures successives ont permis d'identifier les données liées au processus d'apprentissage des deux équipes. Ces données concernent la façon dont l'information autour de l'enjeu (i.e. santé au travail et persévérance scolaire) est acquise, interprétée et activement utilisée pour générer une nouvelle compréhension du problème ainsi qu'une nouvelle façon de l'aborder à travers la promotion de la santé. Toutes ces données ont été organisées sous forme narrative pour décrire temporellement les différentes étapes du processus d'apprentissage, les choix auxquels l'équipe a été confrontée et les décisions qu'elle a prises. Au cours de cette analyse, les facteurs les plus importants en regard du processus d'apprentissage ont pu être identifiés à travers l'émergence de thèmes et de significations récurrentes dans les données (Patton 2002). Enfin, les deux processus d'apprentissage et leurs facteurs d'influence ont été comparés, de façon à faire émerger une interprétation transversale sous forme de diagramme. Le rapport d'étude de cas a également été révisé par des

informateurs-clés issus de l'équipe de la DSPM. L'ensemble de l'analyse a pris la forme d'un travail itératif impliquant des références constantes au corpus (Yin 2009).

Validité

La validité de cette étude de cas a été assurée de différentes façons. Premièrement, le processus analytique s'est basé sur la triangulation de multiples sources de données, offrant différentes mesures du même phénomène et augmentant ainsi la validité de construit (Yin 2009). Ensuite, la validité interne des conclusions a été favorisée par l'intégration de la chercheuse dans l'équipe de la DSPM ainsi que par son engagement prolongé dans les sites d'implantation, à travers l'observation participante aux séances de laboratoire des deux équipes. Cet engagement lui a permis de développer une compréhension riche et profonde des dynamiques à l'œuvre dans les équipes, facilitant de ce fait l'analyse par construction d'une explication (Yin 2009). Par ailleurs, dans cette étude de cas, la validité externe se rapporte à la généralisation théorique des résultats, supposant la généralisation des conclusions de l'étude à une théorie, plutôt qu'à une population plus grande (Pires 1997; Yin 2009). Ainsi, dans cette analyse, l'utilisation de deux cas a permis de constater une réplication de la théorie développée dans les deux sites, lui procurant un soutien plus robuste. Finalement, la fiabilité de cette étude de cas a été assurée par l'utilisation d'un protocole de recherche et le développement d'une base de données dans le logiciel Nvivo 8.

6.2.3 Évaluation des effets

À partir de la perspective des participants, quels sont les effets réflexifs du Laboratoire?

Démarche d'investigation ou devis

L'évaluation des effets du programme regroupe un ensemble de démarches évaluatives distinctes. Par exemple, certains auteurs font une distinction entre l'analyse des effets et l'appréciation des résultats (Champagne, Brousselle et al. 2009). Pour ces auteurs, l'analyse

des effets est une démarche scientifique qui, à partir d'une structure de preuve comparative, s'intéresse à l'ensemble des effets produits par un programme et aux liens causaux entre le programme et les effets observés (Champagne, Brousselle et al. 2009: 161). Aussi, dans la littérature, on soutient le plus souvent que l'analyse des effets d'un programme doit reposer sur un devis expérimental ou quasi-expérimental, qui compare une situation à sa contrefactuelle (Rossi, Freeman et al. 1998; Shaw 1999; Champagne, Brousselle et al. 2009). L'appréciation des résultats, en revanche, est une démarche normative qui vise à établir la conformité des effets réels du programme en regard des effets attendus (Champagne, Brousselle et al. 2009).

Parce qu'elle vise entre autres à attester de l'atteinte des résultats visés par le programme en termes de réflexivité, la démarche présentée dans cette thèse s'apparente plutôt à l'appréciation des résultats qu'à l'analyse des effets. En effet, cette évaluation ne cherche pas à établir l'effet net du programme sur la base d'inférences causales comparatives. Elle cherche plutôt à explorer, à partir de la perspective des participants, les effets réflexifs du Laboratoire à travers une approche interprétative et une structure de preuve descriptive (Gauthier 2004: 131). Nous croyons toutefois que cette démarche évaluative se démarque d'une approche purement normative en certains points. Ainsi, en plus de faire usage des méthodes de recherches scientifiques, la démarche présentée dans cette thèse est profondément ancrée dans la théorie, qui définit les 'normes' sur la base desquelles sont jugés les résultats. De plus, elle s'intéresse à différents types de réflexivité ainsi qu'à l'éventail de leurs conséquences pratiques pour les professionnels.

Aussi, il faut souligner que cette analyse s'appuie sur une idée renouvelée de la causalité stimulée par le courant réaliste, qui attribue un rôle central aux significations construites par les acteurs sociaux (Shaw 1999). « The underlying reality produces actual events, of which we have empirical experiences and sense impressions » (Shaw 1999: 133). Ainsi, Pires (1993), s'appuyant sur des philosophes des sciences (Searle 1985), remet en cause l'absolutisme du principe causal de la régularité statistique – qui veut qu'un lien de cause à effet doive nécessairement faire l'objet d'une observation répétée. Pour Pires (1993: 206), la recherche qualitative est une option valable pour

« (...) saisir comment les gens appréhendent une situation et comment cette manière de l'appréhender peut se transformer en une action particulière chez l'individu. Les personnes sont en mesure de témoigner d'une certaine expérience de causalité et peuvent rapporter des changements dans leur perception de certains événements et des changements dans leur comportement vis-à-vis ces mêmes événements ou situations. »

Suivant cette perspective, une démarche d'investigation qualitative et interprétative apparaît comme une option valable pour saisir une forme de causalité générative, qui s'intéresse à la production d'un résultat plutôt qu'à établir des liens entre des variables.

Cette démarche d'évaluation des effets procède d'une analyse descriptive de données d'entrevues. L'évaluation des effets réflexifs du programme prend comme unité d'analyse **les participants du Laboratoire de chacun des sites** (équipes A et B)¹⁷. Au moment de la collecte, les participants des deux sites représentaient l'ensemble de la 'population' répondant au critère de représentativité des participants décrit plus bas (*criterion sampling*) (Patton 2002).

L'évaluation des effets s'est focalisée sur le développement de la réflexivité, un résultat individuel potentiellement identifiable par les participants dans le cadre temporel limitatif de cette thèse. En effet, après un an, il y a lieu de s'attendre à ce que les participants expérimentent de premiers changements cognitifs. En un premier temps, ce sont les **changements dans les représentations des participants quant à leur expérience professionnelle** qui ont été étudiés, parce qu'indicatifs de l'émergence de réflexivité selon la littérature. Plus important, les participants devaient attribuer ces changements à leur participation au programme et en expliquer l'origine. En un second temps, le **type de réflexivité expérimentée** (s'il y a lieu), défini sur la base des catégories émergeant de la littérature (réflexivité formative et réflexivité critique), a également été étudié.

Stratégie de collecte de données

Les données nécessaires pour informer cette analyse proviennent de l'**entretien qualitatif**, conçu comme un « l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que les acteurs

¹⁷ Les équipes et les participants ont été décrits dans la section précédente.

donnent à leurs conduites (...), la façon dont ils se représentent le monde et la façon dont ils vivent leur situation, les acteurs étant vus comme les mieux placés pour en parler » (Poupart 1997: 175). Plus spécifiquement, les données ont été collectées grâce à des **entrevues qualitatives semi-dirigées**, une approche particulière de l'entretien qualitatif qui mise sur une définition précise et préalable des questions posées aux participants (Patton 2002). Tel que décrit précédemment, après un an, tous les participants du Laboratoire, réguliers et occasionnels (gestionnaires en supervision de l'équipe), ont été invités à prendre part à une entrevue qualitative semi-dirigée d'environ une heure. L'unique critère d'inclusion était de faire partie de l'équipe du Laboratoire depuis au moins six mois. Un seul participant a refusé de prendre part à l'entrevue, en raison de manque de temps. En outre, une entrevue a été écartée car le participant (occasionnel), un gestionnaire sénior en supervision de l'équipe, s'est dit incapable de répondre aux questions (équipe A). Le nombre final de participants aux entrevues est de neuf pour l'équipe A, et 11 pour l'équipe B. Des données plus détaillées sur l'ensemble des participants sont fournies dans le tableau VII. Des questions ouvertes ont été utilisées afin d'investiguer notamment comment les participants avaient expérimenté le processus, ce qu'ils avaient appris au cours de leur participation, ainsi que les changements expérimentés (s'il y en avait) dans la compréhension de leur pratique, de leur rôle professionnel et de leur environnement de travail à la suite de leur participation au programme (voir Annexes III et IV). Le guide d'entrevue a été préalablement testé auprès de participants d'une autre équipe de Laboratoire débutant le programme et non-incluse dans l'étude.

Tableau VII. Caractéristiques des participants aux entrevues qualitatives

| Caractéristiques* | Cas A (n = 9) | Cas B (n = 11) |
|--|----------------------|-----------------------|
| Thème du Laboratoire | Santé au travail | Persévérance scolaire |
| Type de participants | | |
| Occasionnel | 1 | 2 |
| Régulier | 8 | 9 |
| Sexe des participants | | |
| Féminin | 6 | 8 |
| Masculin | 3 | 3 |
| Poste | | |
| Directeur général | 1 | 1 |
| Directeur local | 1 | 1 |
| Chef d'équipe | 1 | 1 |
| Conseiller en santé publique | 1 | 1 |
| Conseiller en promotion de la santé | 1 | 0 |
| Organisateur communautaire | 1 | 1 |
| Hygiéniste dentaire | 0 | 1 |
| Hygiéniste du travail | 2 | 0 |
| Infirmier | 1 | 2 |
| Travailleur social | 0 | 2 |
| Éducateur spécialisé | 0 | 1 |
| Type de poste (Catégorie duale) | | |
| Gestionnaire | 4 | 4 |
| Professionnel | 5 | 7 |
| Nombre d'années d'expérience au sein du CSSS (moy) | 18,3yrs | 9,4yrs |
| Moins d'un an | 2 | 0 |
| De un à cinq ans | 0 | 4 |
| De cinq à dix ans | 1 | 3 |
| De dix à vingt ans | 2 | 3 |
| Plus de vingt ans | 4 | 1 |
| Durée de la participation au Laboratoire | | |
| Depuis le début du Laboratoire (12 mois) | 6 | 11 |
| Entre 6 et 12 mois | 3 | 0 |

*Le masculin est utilisé pour protéger l'anonymat des participants

Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse privilégiée dans cette étude de cas est l'**analyse par appariement** (*pattern matching*), qui permet de comparer les données empiriques à un modèle défini théoriquement (Yin 2009: 136). Pour ce faire, un système de codage a tout d'abord été élaboré à partir de la littérature et des théories de la réflexivité. Pour les fins de l'analyse, la réflexivité a été définie comme toute nouvelle compréhension de la pratique, du rôle

professionnel ou de l'environnement de travail développée par le participant (considérés comme trois dimensions importantes de l'expérience professionnelle). Le participant devait attribuer ces nouvelles compréhensions à son engagement dans le Laboratoire. En outre, le type de réflexivité développé par les participants (réflexivité formative ou réflexivité critique) a été défini grâce aux catégories émergeant d'une synthèse de la littérature dans ce domaine.

Ensuite, les enregistrements des entrevues ont été transcrits et organisés dans une base de données grâce au logiciel NVivo 8. Une première lecture de l'ensemble des données contenues dans la base a permis d'identifier les informations concernant les représentations de la pratique, du rôle professionnel et de l'environnement de travail des participants. Au cours de lectures successives, ces représentations ont pu être codifiées en fonction de leur nature réflexive (i.e. nouvelle compréhension attribuable au programme ou non), non réflexive (i.e. dénotant une absence de changement dans la compréhension) ou neutre (i.e. simple représentation qui ni indicative d'un changement ou d'une absence de changement). Les nouvelles compréhensions non attribuées au programme ont été écartées.

Enfin, les nouvelles compréhensions de l'expérience professionnelle attribuées au programme (réflexivité) ont été analysées sur la base des catégories de réflexivité formative et réflexivité critique. Pour chaque catégorie, la récurrence de certaines significations a permis d'identifier des fonctions plus spécifiques de chaque type de réflexivité.

En préparation du codage, deux codeurs¹⁸ ont travaillé ensemble afin de définir les différentes catégories et d'ajuster conséquemment le système de codage. L'analyse de contenu de l'ensemble du matériel a été opérée par la chercheuse principale. Toutefois, un test de fiabilité, réalisé sur 10% du matériel (deux entrevues choisies aléatoirement dans les sites A et B), a été mené avec l'aide du second codeur pour s'assurer de la validité du système de codage et de la consistance de l'analyse. Les indices de fiabilité calculés à l'aide du logiciel NVivo 8 sont satisfaisants, répondants à un taux de correspondance de plus de 80% entre les codeurs (voir le tableau VIII). Les différences de codage ont été explorées et résolues par consensus.

¹⁸ L'auteure de cette thèse et une autre étudiante en santé publique de l'Université de Montréal, approchée en raison de sa familiarité avec les concepts étudiés. L'autre étudiante n'a été impliquée que dans cette étape du travail (validation du codage de l'évaluation des effets) et n'a pas contribué intellectuellement au reste de la thèse.

Tableau VIII. Indices de fiabilité pour les principales catégories de codage

| Catégories | Pourcentages d'accréditation entre codeurs | Kappa |
|---|---|--------------|
| Représentations de la pratique | 95,34 | 0,8169 |
| Représentations du rôle professionnels | 98,68 | 0,8814 |
| Représentations de l'environnement de travail | 98,67 | 0,7919 |
| Représentations réflexives | 93,29 | 0,7122 |
| Réflexivité formative | 93,20 | 0,6871 |
| Réflexivité critique | 99,41 | 0,8727 |

Validité

Dans cette analyse, plusieurs stratégies ont été adoptées afin d'assurer la validité des résultats. Ainsi, en regard de la validité interne de l'analyse, il faut se souvenir que la force du lien causal entre le programme et ses résultats attendus avait été préalablement testée par l'analyse logique. Ensuite, l'engagement prolongé de la chercheuse avec l'équipe de la DSPM lui a permis de développer une compréhension complexe du programme et des contextes d'implantation, facilitant l'interprétation des données. De plus, pour chaque entrevue, un résumé individuel a été élaboré et approuvé par le participant, de façon à assurer la bonne compréhension de ses propos par la chercheuse. En outre, l'interprétation finale des données a été validée par les participants du Laboratoire lors d'une rencontre de groupe, durant laquelle les résultats ont été présentés et discutés. En regard de la validité externe, postulée en termes de généralisation théorique, les résultats de cette analyse ont été répliqués dans deux sites, offrant un soutien plus robuste aux définitions et catégories théoriques développées en lien avec la réflexivité. Finalement, la fiabilité du codage a été validée de façon satisfaisante avec l'aide d'un second codeur.

6.3 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a fait l'objet d'évaluations éthiques et a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Direction de la santé publique de Montréal (Annexe

VII) ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal (Annexe VIII). Avant de s'engager dans ce projet de recherche, chacun des participants des équipes A et B devait signer un formulaire de consentement. Ce formulaire spécifie que la participation de chacun est volontaire et que chaque participant reste libre de refuser en tout temps de répondre à une question ou de se retirer du projet, sans justification (Annexe IX). Il énonce également les objectifs, l'utilisation prévue des données du projet, la nature de l'implication sollicitée ainsi que les risques et avantages liés à la participation de l'étude. En outre, toutes les précautions ont été prises pour s'assurer de la confidentialité des données recueillies ainsi que de l'anonymat des personnes et des établissements dans la publication des résultats. Les synthèses écrites des résultats ont été dénominalisées et les établissements participants ont été désignés par des lettres (A, B). De plus, les chercheurs et professionnels de la DSPM impliqués dans cette étude se sont engagés à signer un formulaire de confidentialité afin de prévenir le dévoilement inopportun de renseignements obtenus suite à leur participation au projet, par exemple, des données comparatives susceptibles de porter préjudice aux deux CSSS participants. Les données liées à cette étude seront conservées pour une durée de sept ans, dans un classeur verrouillé à la DSPM ainsi que dans des fichiers électroniques à accès protégé sur le serveur de la DSPM. À la fin de ce délai, les fichiers électroniques seront supprimés et les documents comportant des renseignements personnels seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse de la DSPM.

Chapitre 7

Chapitre 7. Résultats

7.1 Article 1 : Defining, Illustrating and Reflecting on Logic Analysis with an Example from a Professional Development Program

The final, definitive version of this paper has been published in *Evaluation and Program Planning*, October 2013, Volume 40, Pages 64–73, by Elsevier. All rights reserved. ©

Marie-Claude Tremblay^a,

Astrid Brousselle^b,

Lucie Richard^c

Nicole Beaudet^d

^a Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

^b Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150 place Charles LeMoyne, Bureau 200, C.P. 11, Longueuil (Québec) J4K 0A8, Canada

^c Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, 2375, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, 6e étage, bureau 6087, Montréal (Québec) H3T 1A8, Canada

^d Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3, Canada

Abstract

Program designers and evaluators should make a point of testing the validity of a program's intervention theory before investing either in implementation or in any type of evaluation. In this context, logic analysis can be a particularly useful option, since it can be used to test the plausibility of a program's intervention theory using scientific knowledge. Professional development in public health is one field among several that would truly benefit from logic analysis, as it appears to be generally lacking in theorization and evaluation. This article presents the application of this analysis method to an innovative public health professional

development program, the Health Promotion Laboratory. More specifically, this paper aims to (1) define the logic analysis approach and differentiate it from similar evaluative methods; (2) illustrate the application of this method by a concrete example (logic analysis of a professional development program); and (3) reflect on the requirements of each phase of logic analysis, as well as on the advantages and disadvantages of such an evaluation method. Using logic analysis to evaluate the Health Promotion Laboratory showed that, generally speaking, the program's intervention theory appeared to have been well designed. By testing and critically discussing logic analysis, this article also contributes to further improving and clarifying the method.

Keywords

Logic analysis; Intervention theory; Theory-based evaluation; Program evaluation; Logic model

1. Introduction

Ideally, a program's intervention theory should reflect the mechanisms by which the intervention produces the desired outcomes. Too often the intervention theory, which stipulates the links between a program's resources, activities and effects, does not represent the way in which the program actually produces its effects, but rather the program designers' perceptions and beliefs about the causal mechanisms (Weiss 1998; Brousselle and Champagne 2011). Using theory-based evaluation, these perceptions and beliefs can be tested. Testing the validity of a program's intervention theory before investing either in implementation or in any type of evaluation would improve the potential of the program (Brousselle and Champagne 2011). In this context, logic analysis can be a particularly useful option, since it can be used to test the plausibility of a program's intervention theory on the basis of a multidisciplinary integrative theoretical framework using scientific knowledge (Brousselle, Contandriopoulos et al. 2009; Brousselle and Champagne 2011; Rey, Brousselle et al. 2012).

Logic analysis is a relatively new approach in the stream of theory-based evaluation. In recent years, there have been a few concrete experiences and applications of logic analysis (Brousselle, Contandriopoulos et al. 2009; Brousselle and Champagne 2011; Rey, Brousselle et al. 2012), and we believe it still needs to be tested and refined through its application in different settings. Our aim in this paper is to contribute to the knowledge in this field by (1) defining the logic analysis approach and differentiating it from other theory-based evaluations; (2) illustrating the application of this method by a concrete example (logic analysis of a professional development program); and (3) reflecting on the requirements and pitfalls of each phase of logic analysis, as well as on the advantages and disadvantages of using such an evaluation. In so doing, our intention is to further improve and clarify the method.

Professional development in public health is one field among several that would truly benefit from logic analysis, as it appears to be generally lacking in theorization and evaluation (Tilson and Gebbie 2004; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010). The example chosen in this article presents the application of this analysis method to an innovative public health professional development program, the Health Promotion Laboratory.

2. Logic analysis: what it is and how it differs from similar trends

Logic analysis is a type of evaluation that fits within the broader stream of program theory evaluation, or theory-based evaluation (Brousselle and Champagne 2011). The purpose of theory-based evaluation is to question the validity of a program's intervention theory by collecting "data to see how well each step of the sequence is in fact borne out" (Weiss 1997: 501). To do so, theory-based evaluation deconstructs the program's causal mechanisms and identifies which elements and factors are responsible for its success or failure (Weiss 1997). "They seek to show how the intervention is expected to work or make a difference" (Mayne 2012: 271).

Logic analysis can be conceived as a specific type of theory-based evaluation. With formative or summative aims, logic analysis allows to test the plausibility of an intervention theory based on available scientific knowledge—either scientific evidence or expert knowledge (Champagne, Brousselle et al. 2009; Brousselle and Champagne 2011). Logic

analysis, which can take two different forms (direct or reverse), may be used (1) to identify the crucial characteristics and critical contextual conditions needed for the program to produce its intended effects (direct logic analysis); or (2) to identify alternative means of action and better ways to produce those effects (reverse logic analysis). In fact, direct logic analysis of the intervention's theory will determine whether it is appropriate for obtaining the intended results (Brousselle and Champagne 2011; Rey, Brousselle et al. 2012). It thereby makes it possible to identify the crucial characteristics of the intervention and the contextual conditions for achieving the effects (Rey, Brousselle et al. 2012). Taking the inverse path, reverse logic analysis starts from the desired results and identifies the best interventions to achieve them, by exploring alternatives and broadening the array of possible interventions that could be implemented (Brousselle and Champagne 2011; Rey, Brousselle et al. 2012). This reverse analysis also helps to identify the crucial conditions needed to implement the alternatives and produce the effects (Rey, Brousselle et al. 2012). In this study, direct logic analysis is used to validate the design of the intervention and identify its crucial components as well as the critical conditions needed to achieve the results. An inverse logic analysis would have helped to identify other interventions to achieve the outcomes targeted by the project's promoters as well as to specify the critical conditions needed for those interventions.

Logic analysis usually proceeds in three phases (Champagne, Brousselle et al. 2009; Brousselle and Champagne 2011; Rey, Brousselle et al. 2012). The first phase consists of representing the intervention theory through a logic model that specifies the links among resources, processes and results. In the second phase, based on the scientific literature, an integrative framework is developed within which the logic model of the intervention and its underlying premises will be examined. This phase thus involves studying the literature that analyzes and documents mechanisms similar to those attributed to the intervention. The aim is not to carry out a systematic literature review, but rather to provide a representative synthesis of the most recent knowledge in relevant and meaningful fields of research. The third and final phase consists of taking a new reading of the intervention in light of the integrative framework developed. This makes it possible to compare the intervention theory against the model that emerges from analysis of the literature, which helps bring to light the intervention's strengths and weaknesses.

It may be useful to consider how logic analysis differs from other theory-based evaluations, such as evaluability assessment, contribution analysis, or realistic evaluation (see Table I). Logic analysis tests the intervention theory to determine whether a program is appropriately designed to achieve the desired results, based on scientific and expert knowledge. Evaluability assessment, in contrast to logic analysis, is a normative strategy which uses the intervention theory to assess the program implementation's compliance with the intended program (Wholey 2004; Smith 2005). Contribution analysis, on the other hand, could be considered a post-implementation impact analysis strategy which uses the intervention theory to assess the program's contribution to the observed result (Mayne 2008; Mayne 2012). Realistic evaluation is another theory-based evaluation method which uses a highly specific intervention theory (called the 'context-mechanism-outcome pattern configuration') that is tested empirically against the program's reality (Pawson and Tilley 1997; Pawson and Tilley 2008). While realistic evaluation is rather different from logic analysis, realist review, which emerged from realistic evaluation, shares many similarities with direct logic analysis because it can be used to understand and document how the intervention works with regard to existing theories and research (Pawson and Tilley 2008). As such, realist review could be conceived as a potential literature review strategy when doing direct logic analysis (Brousselle and Champagne 2011).

Table I. Comparison of theory-based evaluation approaches and questions asked

| Evaluation approach | Question asked |
|----------------------------|---|
| Logic analysis | Is the program designed in a way that can logically produce the desired results? |
| Evaluability assessment | Is the program implemented as planned, so that it is ready for summative evaluation? |
| Contribution analysis | To what extent are the observed results due to the program's activities rather than to other factors? |
| Realistic evaluation | What works, for whom, in what circumstances and in what respects, and how? |

The emerging movement of theory-based evaluation and its related approaches over recent decades is evidence of the evaluation field's interest in giving more prominence to change models in evaluative processes (Coryn, Noakes et al. 2011). This movement will consolidate in the coming years, as understanding of the strengths, specificities and application

possibilities of these approaches increases. This article is intended to contribute to this consolidation by presenting and discussing the application of logic analysis to a professional development program, which is the subject of the next section.

3. Logic analysis: a concrete example from a professional development program

The case presented in this article, the Health Promotion Laboratory, is an innovative program without precedent in the professional development field. As such, no comparable project was available in the scientific literature to support this program's conception. Its development was based mainly on the tacit and experiential knowledge of the public health professionals who were its architects. A direct logic analysis was used to evaluate whether the Health Promotion Laboratory program was designed in a way that would effectively produce the desired results and to uncover any aspects that could be improved.

3.1 Construction of the logic model: The intervention and its resources, conditions, and activities

In 2009, a team from the *Direction de santé publique de Montréal* (DSPM; Montreal Public Health Directorate) of the *Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* (Montreal's Health and Social Services Agency) developed a type of support that combined professional development, reflective practice and community of practice in the form of a 'Health Promotion Laboratory'. This project was conceived in response to concerns expressed after the 2004 healthcare reform in Quebec, which attributed new public health responsibilities, including a health promotion mandate, to health and social services centres (CSSSs).

The purpose of the Health Promotion Laboratory program is to support, innovatively and flexibly, the multidisciplinary CSSS teams working on particular issues (e.g. student retention, occupational health) and to help them improve and develop new health promotion practices. The promoters of the intervention had four specific objectives that targeted different levels and defined different outcomes: **(1) co-construct new ways of addressing local public**

health issues; (2) develop a reflective practice; (3) broaden professional competencies; and (4) initiate organizational changes to facilitate the adoption of new (health promotion) practices. The descriptions of the program and of its resources, conditions and activities presented in this section are based on the presentation documents prepared for the program by its promoters, the working documents of the program's developers, some sessions of direct observation of the laboratory's operations, as well as some meetings with the DSPM team. These different information sources were used to build the logic model of the program in the first phase of logic analysis.

Concretely, the laboratory consists of about 10 participants, both health professionals and managers, who have voluntarily agreed to become involved in the process. The formula involves attending three-hour meetings every two to three weeks in a process that can span two to three years. The meetings are held during the employees' normal working hours; the employees are freed up by the CSSS so they can participate. Besides agreeing to create this space and time for the laboratory, the CSSS must also provide resources to support the laboratory's work (e.g., lighter workloads, computer access, time for documentary research, pairing of professionals, etc.). Laboratory meetings are led by one of the participating professionals or managers. During the process, the team is guided, supported and directed by facilitators from the DSPM. Experts from the DSPM serve as potential resources for the teams, as needed. The DSPM also provides \$17,000 per year to support training for managers, professionals and other program participants.

The laboratory has no ready-made underlying formula. A broad operational approach is proposed by the DSPM but is meant to be adapted to the preferences and needs of the team. As such, the adopted approach leaves room for the team to explore different directions and activities depending on the group's dynamics and the participants' needs. The iterative operational process suggested to the teams by the promoters is divided into seven phases (Table II), corresponding to different intermediate outcomes pursued by the program. In Phase 1, the participating CSSS identifies a particular public health problem (designated as the 'issue', e.g. student retention, occupational health) and assembles a team ready to work on this problem. This phase involves a significant investment from the DSPM experts to present and explain the program to the managers involved, to bring them on board and get their support. In

Phase 2, the team involved in the laboratory understands and accepts the proposed operational process, and identifies and discusses actions to reduce constraints and optimize incentives for participating in the laboratory. Participants are involved in defining the process by choosing, for instance, the sequence of the various phases. They may return to this phase often over the course of their work. In Phase 3, the laboratory encourages participants to acquire the basic concepts of public health through reading, discussions, exercises to understand the links between practices and concepts, etc. Participants are also invited to present their vision of these concepts and of the program through articles in the internal newsletter or in professional journals, at presentations in team meetings, etc. In Phase 4, the teams identify the specific angle from which they want to address the issue (which can be considered as selecting a determinant of the problem). To do this, they need to explore and interpret data on the health of the population in their territory, and to collect and analyze other data as required. This phase also involves constructing a shared understanding of the issue. In Phase 5, the team discusses various options for interventions to address the issue from the chosen angle. For this, they may explore what interventions are possible in health promotion and examine the participants' current practices in this field. This phase ends with a collective decision on the health promotion intervention to be developed. In Phase 6, the team sets up partnerships with the community actors affected by the health promotion intervention that will be developed. This phase involves developing an understanding of the concept of partnership, discussing and defining what types of partnership are to be pursued in relation with the issue, identifying key partners, etc. Finally, in Phase 7, the laboratory culminates in the implementation of the health promotion intervention. To do this, the team must, in particular, develop the logic model of the intervention, develop the intervention instruments, and set up an intersectoral coordination committee with the partners.

Table II. Phases of the operational process and related activities

| Phases | Examples of activities in each phase |
|--|---|
| (1) Identify an issue and a team | Present the laboratory to the CSSS management; choose a team interested in the project; select an issue. |
| (2) Specify the operational process | Present the process; involve the participants in sequencing the various phases of the process, etc. |
| (3) Acquire basic concepts of public health and a space for reflection | Read; do exercises to acquire key public health concepts; write articles about the program for the internal newsletter, etc. |
| (4) Study the problem (issue) more deeply | Discuss the angle from which the issue would best be addressed; interpret data on the health status of the territory's population; collect, analyze and interpret data to support the choice of issue, etc. |
| (5) Identify options for action | Discuss relevant health promotion interventions (strategies used, determinants affected, changes targeted); decide collectively what action will be developed in relation with the identified issue, etc. |
| (6) Develop partnerships | Undergo training on working in partnerships; discuss the benefits and inconveniences of sectorialized action versus working in partnership; define the partnerships to be pursued in relation with the issue; identify key partners, etc. |
| (7) Implement a new health promotion action | Develop a logic model for the intervention, develop intervention instruments; set up an intersectoral coordination committee with partners, etc. |

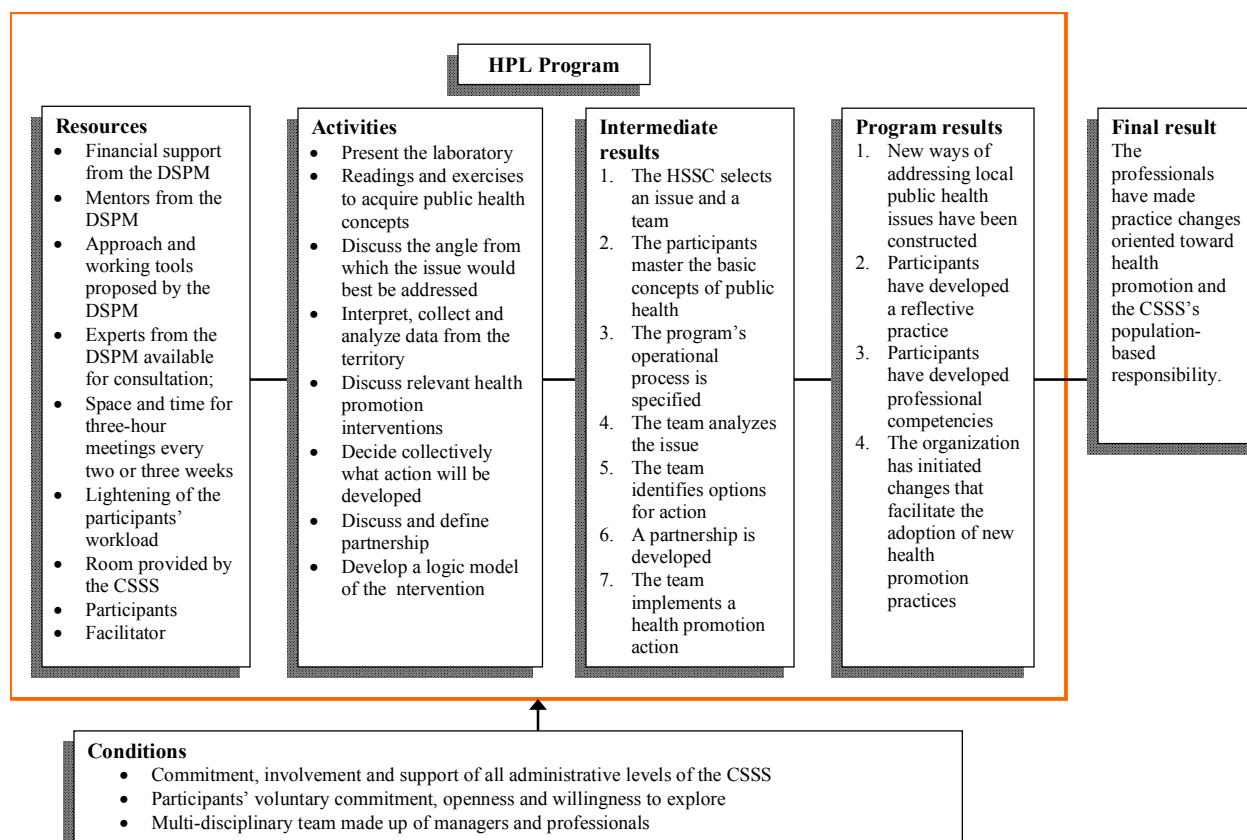
Health promotion laboratories require certain contextual conditions that the promoters consider essential for their success. Contextual conditions relate to the key characteristics of the organizational environment (CSSS) and of the participants that do not necessarily appear in the descriptions of the operational process and of the laboratory's functioning. These are most often referred to as "conditions for fulfilment" by the DSPM in its presentation documents, and they are found to some extent in the letters of agreement that the CSSS participants must sign. Table III presents the essential conditions of the Health Promotion Laboratory.

Table III. Essential conditions expected of CSSSs and participants

| Conditions and level | Description |
|-----------------------------|---|
| C1 CSSS | Commitment, leadership and involvement of the local public health director, the program director, and other decisional levels at the CSSS are essential to achieve change. To this end, the executive director of the CSSS should carry out a support visit on a regular basis. |
| C2 Participants | For participants, voluntary involvement, an open mind, and a desire to explore one's practices are essential characteristics to achieve successful change. |
| C3 Participants | The laboratory team should be multidisciplinary and made up of both professionals and managers. |

As mentioned earlier, the first step of logic analysis is to construct the logic model for the program. A logic model “presents the link between the resources, activities and objectives of production that have been set up for action” (Champagne, Brousselle et al. 2009: 107). In this case, the evaluator constructed it based on information drawn from the documentation and from observations of the laboratory in action (Figure 1). The intermediate objectives were related to the different phases of the operational process, and the program's specific objectives were reformulated as results.

Figure 1. Logic model for the Health Promotion Laboratory



3.2 Development of the integrative framework

The second step in logic analysis consists of developing a multidisciplinary integrative framework based on the scientific literature, within which the program's logic model will be examined. The guiding question for the literature review was: *What principles or characteristics should a professional development program adopt to promote (1) the development of professional competencies, (2) reflective practice, and (3) organizational change?* The question encompasses three of the four specific objectives targeted by the intervention. The first objective, which was *to co-construct new ways of addressing local public health issues*, was excluded for the sake of brevity and because it was aimed at another level of change, which was to form closer working relationships between regional and local public health structures. Also, it should be noted that these objectives were neither very

specific (e.g. broaden professional competencies, initiate organizational changes to facilitate the adoption of new practices) nor mutually exclusive.

As part of this review, we examined the literature on competencies development and adult learning, reflective practice and organizational change. To identify relevant references, we used primarily the ISI Web of Knowledge database. The following key words were used in various combinations: health professional; professional development; competencies development; adult learning; reflection; reflectivity; reflective practice; reflective learning; organization* change; organization* innovation; organization* capacity; intervention; program. An initial review of the titles and abstracts of the articles found with these keywords helped to identify relevant references. Other references were identified from the bibliographies of the relevant articles. Bibliographic works were also consulted.

3.2.1. Broadening professional competencies

Generally speaking, professional development is considered to be a conscious effort to improve practices, which should be based on regular learning episodes anchored in everyday practice to encourage the acquisition of integrated knowledge (Guskey 2000). Theories of adult learning and of competencies development can provide helpful guidance for the creation of professional development programs (Miner, Childers et al. 2005; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). This literature is replete with models and theories that define and explore the characteristics of the learner, as well as the stages and parameters of the learning process. For example, Knowles' andragogy, recognized as one of the most important theories in the adult learning field, is focused on the learner's characteristics. Other models such as Mezirow's transformative learning model are more focused on the different levels of learning. Moreover, some professional development programs focus more on curricula for specific competencies, which are used to develop, implement and evaluate training (Miner, Childers et al. 2005). In public health, the core competencies model of the Public Health Agency of Canada, established in 2007, is an illustrative example of this type of model (Agence de la santé publique du Canada 2007).

Despite this profusion of models and theories, some common principles can be found in the literature on adult learning and competencies development (Lawler 2003; Bryan,

Kreuter et al. 2009). These principles help in identifying the basic characteristics that professional development programs should include (Lawler 2003; Lafortune 2008; Bryan, Kreuter et al. 2009). First, learners need to know the reason for training and the learning objectives (Knowles 1980; Caffarella 2002; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). In fact, adults learn better when the educational benefits are clear and meaningful to them (Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010). Second, learners are motivated by the need to resolve practical problems (Lawler 2003; Bryan, Kreuter et al. 2009). Therefore, professional development programs need to be anchored in practice and must address problems that the participants would like to resolve (Bryan, Kreuter et al. 2009). Third, the professionals' experience must be respected and mobilized by the training (Knowles 1980; Bryan, Kreuter et al. 2009). In professional development programs, new learning needs to capitalize on participants' existing knowledge, and tangible links must be created with prior knowledge and professional practice (Merriam and Caffarella 1999; Bryan, Kreuter et al. 2009). Fourth, learners need a variety of educational approaches that recognize the diversity of their backgrounds (Knowles, Holton et al. 1998; Bryan, Kreuter et al. 2009). Indeed, learners bring their own experiences and level of competency, which influence their interactions with the instructor, the other learners, and the material itself (Koo and Miner 2010). As such, different methods must be used and several perspectives represented, and knowledge needs to be contextualized in a variety of ways. Finally, the learner must be actively engaged in the learning process, by sharing control over the program's content and methods, for example (Bryan, Kreuter et al. 2009). The learner's engagement in the process is predictive of the success of the training (Koo and Miner 2010).

3.2.2 Developing a reflective practice

While there is no single agreed-upon definition, reflectivity is generally conceived as an approach for questioning professional practice (Issitt 2003). Because reflectivity is an important topic in education and in continuing education of professionals from many disciplines, the literature devoted to it is spread across several fields such as education, nursing and psychology (Mann, Gordon et al. 2009). Indeed, "reflective learning is of particular relevance to the education of professionals, as it encourages students to integrate theory with

practice, appreciate the world on their own behalf, and turn every experience into a new potential learning experience” (Wong, Kember et al. 1995: 48).

Several models and theories have endeavoured to define and conceptualize reflectivity. According to Maan et al. (2009), these can be organized around two dimensions: (1) an *iterative* dimension, relating to the *process* of reflectivity activated by experience and leading to new understanding and ultimately to new behaviours, etc.; and (2) a *vertical* dimension, relating to different *levels* of reflection on experience. Among the models that conceive reflectivity as an iterative process, Schön’s reflective practitioner model (Schön 1984; Schön 1987) is one of the most well-known. Other models, such as Mezirow’s transformative learning model, focus on different levels of reflection (vertical dimension).

It is important to note that, despite the abundance of models and definitions, few articles and publications have focused on measuring reflectivity and on how it can be developed and encouraged (Wong, Kember et al. 1995; Kember, Jones et al. 1999; Mann, Gordon et al. 2009). Certain parameters of learning can nevertheless be pinpointed as elements that facilitate development of a reflective practice. First, it appears that several strategies, such as keeping a journal, preparing portfolios, brainstorming and dialoguing, can be used to promote the reflective process (Wong, Kember et al. 1995; Beecher, Lindemann et al. 1997; Sobral 2001; Williams and Wessel 2004; Mann, Gordon et al. 2009). A work environment where reflectivity is reinforced and supervised would appear to be another facilitating element (Mantzoukas and Jasper 2004; Mann, Gordon et al. 2009). Allocating space and time specifically for this type of activity is also recommended (Wong, Kember et al. 1995). Conversely, working under pressure and in a stressful environment can impede reflectivity (Mamede and Schmidt 2005; Mann, Gordon et al. 2009). In addition, a mentoring relationship, which can take a variety of forms, is probably a key element to stimulate and guide reflection (Teekman 2000; Gustafsson and Fagerberg 2004; Mann, Gordon et al. 2009). Likewise, regular support from a small group of professionals (6 to 10 persons) could also act as a facilitating factor (Platzer, Blake et al. 2000; Westbrook and Schultz 2000). Indeed, in a group context, the development of reflectivity appears to be encouraged by the members’ mutual support and the opportunity to learn from each other’s experiences, especially in a multidisciplinary environment (Platzer, Blake et al. 2000; Westbrook and Schultz 2000).

3.2.3 Initiating organizational changes

Organizational change can be broadly defined as any modification to the composition, structure or behaviour of an organization (Bowditch and Buono 2001; Weiner, Amick et al. 2008). There is a wealth of literature on organizational change, but it is mostly inconsistent, with a proliferation of terms, theoretical frameworks and measurement methods (Weiner, Amick et al. 2008). This literature follows the broad lines of several disciplines: sociology, organizational and management sciences, as well as medical and health sciences, in particular (Greenhalgh, Robert et al. 2004; Nicolini, Powell et al. 2008). It is also fragmented around conceptual axes that are more specific to particular components or concepts of change, such as organizational innovation, organizational learning, organizational capacity, organizational management of information, etc. (Greenhalgh, Robert et al. 2004; Nicolini, Powell et al. 2008; Weiner, Amick et al. 2008). In the present case, we focused specifically on the deliberate adoption by an organization of new ways of operating or new practices. As such, our preferred term to refer to change in healthcare organizations is *organizational innovation*, conceived as “a novel set of behaviors, routines, and ways of working that are directed at improving health outcomes, administrative efficiency, cost effectiveness, or users’ experience and that are implemented by planned and coordinated actions” (Greenhalgh, Robert et al. 2004: 582).

Organizational and management sciences look at innovation from several angles: structural, process-based, contextual, informational, etc. (Champagne 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). All these models have different conceptions of organizational change, of the process underlying the adoption of an innovation, and of the factors facilitating that process.

Based on these different types of models, several kinds of factors can be identified that could influence an organization’s adoption of an innovation. However, it remains difficult to define what ideal characteristics a professional development program should assume to achieve the changes it is promoting, since these characteristics are largely dependent on those of the organizational context and on which theoretical lens is adopted. Even though some of the models are contradictory and incompatible, certain common factors can nevertheless be

observed.¹⁹ Thus, the relative benefit of the proposed innovation or change should be clear and without ambiguity (Marshall 1990; Greenhalgh, Robert et al. 2004). Indeed, if the proposed new ways of functioning or new practices are not seen as offering more benefits than the previous ones, they will almost certainly not be considered. The relative advantage of the innovation must be discussed and negotiated, and its benefits must be made visible (Ferlie, Gabbay et al. 2001; Denis, Hebert et al. 2002). As well, the innovation must be compatible with the organization's values, norms and needs (Ferlie, Gabbay et al. 2001; Denis, Hebert et al. 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). Furthermore, the proposed change must be perceived as simple by those adopting it (Denis, Hebert et al. 2002; Greenhalgh, Robert et al. 2004). To this end, demonstrations and practical experience may be used to reduce the perceived complexity of the innovation, and efforts can be made to minimize organizational obstacles (Rogers 1995). In addition, if potential adopters are able to adapt, refine and modify the innovation to suit their needs, the chances of its being adopted are increased (Rogers 1995; Greenhalgh, Robert et al. 2004). Also, if the proposed change responds to a need identified by the adopter, the likelihood of adoption is greater (Rogers 1995; Ferlie, Gabbay et al. 2001). Finally, the fact that the proposed change will improve job performance in the adopters' workplace is another factor that greatly facilitates its adoption (Yetton, Sharma et al. 1999; Greenhalgh, Robert et al. 2004).

Furthermore, some determinants can be identified that are related more specifically to the innovation's dissemination across the organization. For example, the probability of a change being adopted is higher if key individuals (champions) in the organization are mobilized to support and disseminate it (Backer and Rogers 1998; Markham 1998). More formal innovation-dissemination programs (e.g. a communications plan) in an organization can be useful if they take into account the potential adopters' needs and views, adapt messages and communication strategies to the organization's different subgroups, use appropriate channels of dissemination, and incorporate rigorous evaluation measures (Rogers 1995; Greenhalgh, Robert et al. 2004). Also, communities of practice have been identified as a social

¹⁹ These factors do not represent an inventory of all those identified in the literature, but rather are those we considered most relevant with regard to the objectives of this logic analysis.

mechanism that can facilitate information dissemination in an organization (Nicolini, Powell et al. 2008). Thus, information dissemination depends largely on professional networks, which can be used to transmit new information and new ways of working across the organization's more formal boundaries (Lathlean and Le May 2002; Donaldson, Lank et al. 2005).

3.2.4 Integrative framework

From the literature review, we were able to develop a picture of the basic principles the professional development program should adopt and the contextual conditions needed to reach its objectives. The development of an integrative framework, which is the necessary second phase of the logic analysis, is presented here as a synthesis of knowledge that is meaningful for the evaluation (Table IV). The framework includes recommendations related to the resources, conditions and activities of professional development programs.

Table IV. Integrative framework

| Developing professional competencies | Developing a reflective practice | Initiating organizational changes |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Clarify the reasons for the training and the learning objectives, relate them to the motivations of the professionals; • Anchor the learning in practice and promote the relevance of the new knowledge to their work; • Construct links with participants' prior knowledge and experience; • Use a variety of educational approaches (several methods, perspectives, contextualization); • Involve learners in their learning, for instance, by promoting their involvement in defining the program's content and methods, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Use methods such as writing a journal, preparing portfolios, brainstorming and dialoguing, which promote the development of reflectivity; • Allocate a specific space and time for reflection; • Establish mentoring relationships to encourage and guide the reflective process; • Use a support group to develop reflectivity. | <ul style="list-style-type: none"> • Promote new practices by presenting their relative advantages over the previous practices and make their potential benefits clear; • Present the proposed new practices as being compatible with and responding to the needs of both the organization and the adopters; • Use demonstrations and practical experience to simplify the conception of the proposed change; • Minimize any potential organizational obstacles; • Make the proposed innovation something that the organization can adapt as needed; • Mobilize key individuals in the organization to support and disseminate the new practices; • Use formal innovation dissemination programs in the organization; • Make use of the informal professional networks in the organization. |

3.3 Analysis of the intervention theory

This last phase of the logic analysis consisted of re-reading the program of the Health Promotion Laboratory in light of the previously developed integrative framework. This allowed us to examine the scientific validity of the links between the resources mobilized, the activities, and the desired outcomes of the program.

By comparing the logic model of the program with the integrative framework developed from the literature, we were able to identify the strengths and weaknesses of the Health Promotion Laboratory. First, with regard to broadening professional competencies, it should be noted that laboratories are constructed around the development of an actual health promotion intervention. This helps very much to anchor participants' learning in their professional practices. The exploration of a real issue for the territory by collecting and analyzing local data, exercises that help to draw the links with practice, and the importance given to the professionals' experiential knowledge—all of these should, in theory, increase the relevance of the learning and facilitate the participants' construction of new knowledge. Also, using a large number of methods and activities could contribute to a successful learning process. Indeed, the potential array of activities includes reading clubs, training workshops on specific themes, data collection in the field, development of data analysis plans and a logic model, meetings with actors in the environment, consultations with experts, and neighbourhood visits. As well, tailoring the operational approach to the needs of the team should help get the group involved and support its commitment to the learning process. It should be noted, however, that this involvement could be greater, for example, if the participants were involved in defining the learning objectives and the program's content and methods, in collaboration with the program's designers at the DSPM.

The reasons, processes and objectives for learning could be made clearer. Indeed, the participants and the organization are not told beforehand what competencies they are aiming to develop, nor what the final outcome of the program, i.e., the health promotion intervention, will look like—among other things, because the intervention is to be developed in the group. Nor are any details provided on the approach that will be used to achieve the desired outcomes, since that approach is intended to be adapted to the needs of the group. While this characteristic of the program is inherent in the flexible and creative nature of the laboratory, it

could impede participants' learning, according to the literature. As such, it would be good to identify a few concrete markers, such as the general competencies that the program was designed to develop. Likewise, the operational process could be made clearer using examples.

Second, with regard to developing a reflective practice, the Health Promotion Laboratory program performs well. Thus, the allocation of a specific space and time for laboratories by the participating organization, the support from the DSPM to stimulate and guide the reflective process, and the group's reflection and dialogue around roles and professional practices are all program characteristics that are likely to encourage reflective practice. The only recommendation at this level might be to increase the methods and modalities for reflection, such as keeping reflective journals, preparing portfolios, etc.

Finally, with respect to organizational changes, the program has several characteristics that would lead us to expect positive outcomes. Thus, the fact that the program is presented as responding to the CSSSs' needs regarding their new population-based responsibility and their new health-promotion (post-reform) mandate is a strength that could encourage the organization's affiliation with the program. The program's potential adaptability to the organization's needs is a distinct advantage. In this respect, not only is the approach adaptable to the team's needs, but also, it is the organization that selects the problem on which it wants to work. Finally, efforts made in the laboratory to reduce obstacles to participation could also be facilitators of organizational change. In fact, Phase 2 of the operational process is supposed to include a discussion of actions to minimize constraints and optimize incentives to participate in the laboratory.

Moreover, the laboratory relies on the participation of the team managers and other local public health directors and, to a more limited extent, of the executive director of the CSSS to facilitate the dissemination of practice changes in the organization. This is a good idea that shows every sign of being successful in facilitating the dissemination of new practices. This dissemination is also promoted by using more or less formalized communication practices in the laboratory's activities, such as developing communication plans that include internal communication components (Phase 7 of the operational process), writing articles for internal newsletters (Phase 3), encouraging discussions about the laboratory in disciplinary team meetings, etc. Finally, the fact that the laboratory takes the

form of a community of practice is definitely a quality that could help ensure dissemination across the informal professional networks in the organization.

However, there are still certain gaps with respect to the objective of initiating organizational change. The laboratory's complexity and the difficulty of being able to specify from the outset what the outcomes would be for the organization could be obstacles to participation, as well as to the dissemination of changes within the organization. Indeed, because the laboratory program is new and innovative, it is especially difficult to rely on demonstration and practical experience to reduce the perceived complexity of the program and to make its benefits apparent. As well, these benefits—the new health promotion practices—have to be perceived as more advantageous than the previous ones, which is not necessarily easy to achieve, given the long-term and cumulative effects of health promotion programs (Nutbeam 1999).

All in all, the Health Promotion Laboratories program presents many qualities that should make it possible to achieve the desired results, even if certain improvements could be made.

4. Reflecting on logic analysis: lessons learned

4.1 Requirements and pitfalls of each phase of logic analysis

Each of the three phases of logic analysis has its own requirements and specific challenges. The first phase involves representing the intervention theory through a logic model. This requires classifying a large amount of information and organizing it into a sequence of causes and effects, distinguishing resources from activities and differentiating between what pertains to the program and what pertains to the context. To do this correctly, the evaluator needs sufficient information about the program and a sound definition of the logic model's different components.

Aside from the complexity of the process in itself, this phase also involves depicting a static representation of the program in the logic model, which can be problematic. In fact, because such programs are collective and complex systems of action, they do not take on an objective, pre-defined reality (Potvin, Bilodeau et al. 2008; Potvin and McQueen 2008). They

are implemented in contexts from which they draw inspiration to evolve and adapt (Greene 2013). In addition, according to Potvin and McQueen (2008), “Logic models are blind to social actors who carry action and operate programs” (Potvin and McQueen 2008: 34). Thus, some authors consider that using a logic model—which formalizes a set of linear relationships among resources, activities and results—to represent a program is both reductionist and biased (Potvin, Bilodeau et al. 2008; Potvin and McQueen 2008; Greene 2013). One solution to this dilemma might be to model the symbolic and power relationships in which the actors are engaged through the program, and to develop a representation in collaboration with the actors involved which they would consider accurate (Potvin and McQueen 2008). In the case analyzed here, meetings with the team were used to validate the logic model of the intervention and to promote the understanding and use of the evaluation’s results. However, this concern for a more representative logic model should not prevent the evaluator and the team from building a model that is also useful for the logic analysis exercise. As Miller has emphasized, we should “view models and the exercise of their construction as principally about attaining insight in to problems rather than as creating an accurate and complete small scale representation of what is being modeled” (Miller 2013: 77).

The second phase of logic analysis consists in developing an integrative framework based on the scientific literature. This step requires a conceptual leap in order to pass from the program’s vocabulary to a scientific one. In fact, the evaluator has to be able to think about the results intended by the program in terms of scientific concepts already existing in the literature. In this case, for instance, the objective stated as ‘developing professional competencies’ had to be translated into the concept and keywords of ‘adult learning’ and ‘professional development’ in the literature search. This implies that the evaluator must be knowledgeable about the field or be able to do research to find scientific equivalents.

The literature review needed to build the integrative framework in phase two can be particularly time-consuming. However, the evaluator should keep in mind that the integrative framework does not have to be based on a systematic literature review. The relevance of the literature analysis is more important than its completeness. “Citing foundational and recent scientific work... or using evidence-based data such as systematic synthesis” (Brousselle and Champagne 2011: 71) are some strategies that could be used in this regard. Also, the

evaluator's analytical and summarizing capabilities are indispensable to keep the literature review and the integrative framework aligned with the objective of the analysis. A precise and relevant guiding question, like the one used in this example, is always a good starting point. The evaluator does not need to be an expert in each field of literature consulted, but only to understand this kind of scientific writing in order to transfer relevant knowledge.

The third phase of logic analysis consists of taking a new reading of the intervention in light of the integrative framework. This requires skill and experience on the part of the evaluator to compare the program's intervention theory against the scientific evidence, as these are generally not formulated in the same way. Although not done in our case, this step may become a valuable reflection exercise when stakeholders are invited to participate, allowing them to develop competencies in evaluation. In fact, one limitation of logic analysis is that it remains a post-positivist scientific approach that asserts the superiority of scientific data over other types of knowledge for guiding an intervention's design (Brousselle and Champagne 2011). With greater participation from the actors involved, other types of knowledge (experiential, professional) could be incorporated to make logic analysis a richer, more participative and relativistic exercise in reflection.

4.2 Advantages and potential of logic analysis

Having looked at the requirements of the three phases of logic analysis as well as their pitfalls, we now turn our attention to the general advantages and potential of adopting such an approach. First, logic analysis can be useful to strengthen and improve programs that do not have a strong theoretical basis. In the case presented here, logic analysis was useful because professional development initiatives in public health have generally not been very much theorized or evaluated (Tilson and Gebbie 2004; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010). Indeed, several authors have called for incorporating a scientific and systematic perspective into professional development (Tilson and Gebbie 2004; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010). "Leading practitioners and researchers within the field of public health have long called for strategic public health workforce development and stressed the need for research to provide an evidence base to guide public health workforce programs and policies" (Gotway Crawford, Summerfelt et al.

2009: S5). Logic analysis offers a solution to this need, since it favours the development of programs based on scientifically valid intervention theories. In the case presented in this article, logic analysis suggested to the Health Promotion Laboratory developers some ways to improve their program based on a multidisciplinary theoretical foundation. Logic analysis can also be carried out before a program's implementation, so that improvements can be made before efforts and funds are invested in the program.

Overall, logic analysis offers a rigorous and useful evaluation method that does not require much in the way of human or monetary resources, except for time. In fact, logic analysis is not costly, does not require the extensive engagement of a lot of people in the process, or sophisticated measures. It only needs a discerning evaluator with a thorough understanding of the program's intervention theory, which can be built from the program's documents and with the participation of stakeholders, and access to scientific literature to build the integrative framework. In the Health Promotion Laboratory case, logic analysis provided an easy way to test the program's intervention theory and to judge its potential to achieve its targeted results without mobilizing a lot of resources. However, logic analysis can be time-consuming, depending on the evaluator's experience, expertise and background. Nonetheless, it is a detailed, systematic and rigorous method to test a program's intervention theory, which is an advantage over less well-defined evaluation methodologies.

5. Conclusion

Logic analysis is a specific theory-based evaluation method that can be used to test the plausibility of a program's intervention theory in the light of the scientific literature. In the case presented here, logic analysis was used to evaluate the theoretical suitability of a public health professional development program, the Health Promotion Laboratory. Generally speaking, even if certain improvements were suggested, the program's intervention theory that was evaluated appeared to have been well designed overall. Logic analysis has proven to be a useful method for strengthening a program's theoretical basis and evaluating the plausibility of its achieving the intended results. It can be carried out in a formative context, presents a detailed methodology, and needs only a few resources—all advantages that would certainly

encourage its broader adoption. However, its use may be inhibited by certain features such as its reductionist representation of the intervention theory and the post-positivist character of the exercise. Involving stakeholders and incorporating experiential and professional knowledge into the process could help to counteract these challenges.

Theory-based evaluation is a generative movement in the evaluation field (Coryn, Noakes et al. 2011), as demonstrated by the emergence of many new and related approaches such as logic analysis, contribution analysis and realist review. Yet this is still very much a field ‘under construction’, where approaches have to be tested, questioned and refined through their application in many settings. The testing and critical discussion of logic analysis presented in this article will contribute to advancing this movement.

7.2 Article 2 : Taking a Train without Knowing the Destination: Collaborative Learning Process in the Context of a Team-Based Professional Development Program

En préparation pour *Journal of Health Organizations and Management*

Marie-Claude Tremblay^a,

Lucie Richard^b,

Astrid Brousselle^c,

François Chiocchio^d

Nicole Beaudet^e

^a Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

^b Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, 2375, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, 6e étage, bureau 6087, Montréal (Québec) H3T 1A8, Canada

^c Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150 place Charles LeMoyne, Bureau 200, C.P. 11, Longueuil (Québec) J4K 0A8, Canada

^d École de gestion Telfer, Université d'Ottawa, 55 Laurier Avenue East, Ottawa ON K1N 6N5, Canada

^e Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3, Canada

Abstract

Increasingly in recent years, the public health and healthcare literatures have emphasised the benefits of collaborative work and team-based approach in tackling important transitions and complex challenges. Despite the popularity of these new kinds of structures, their evaluation remains limited, often confined to the assessment of outcomes and excluding the comprehensive and contingent analysis of the processes leading to these outcomes. The Health Promotion Laboratory (Quebec, Canada) is a public health professional development program

building on competencies development, reflexivity, and a problem-solving approach in order to foster collaborative learning in local health services teams. Based on a multiple case study design involving two sites, this study analysed the learning processes of two Health Promotion Laboratory teams over the first year of implementation. Specifically, this paper: (1) describes the learning process by which each team built a common understanding of the issue (problem) at hand and developed a health promotion intervention to address it; (2) identifies factors that facilitated or hindered these processes; and (3) proposes a cross-case explanation of the team learning process. In so doing, this article makes a dual contribution: a practical contribution to the professional development program evaluated, by suggesting levers for improvement, and a theoretical contribution to literature, by providing a multi-layered explanation of the team learning process. If team learning can be considered to be a promising avenue for professional development in public health, this study contributes to the success of such an approach by suggesting different levers that can be acted on to facilitate its developmental process.

Keywords

Continuing education; Career development; Team learning approach in education; Organizational learning

1. Introduction

As a ubiquitous feature of today's organizations, teams are seen as important learning units (Lemieux-Charles and McGuire 2006; Decuyper, Dochya et al. 2010). In fact, it is assumed that the synergistic effect of bringing together in teams people with different values, experiences, and perspectives will result in an integrated and shared understanding that would solve a problem more effectively than would individuals alone (King and Rowe 1999; Offenbeek 2001; Van den Bossche, Gijsselaers et al. 2006). From a professional development perspective, it is increasingly recognized that professional learning is best situated within a community where individuals actively work with others (Wenger 1998; Garet, Porter et al. 2001; Webster-Wright 2009). The public health and healthcare literatures have recently begun

to emphasize the benefits of collaborative work and team-based approaches as learning vehicles to tackle important transitions and complex challenges (Yorks, Marsick et al. 2003; Lemieux-Charles and McGuire 2006; Mallinson, Popay et al. 2006; Nicolini, Powell et al. 2008; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Ceraso, Gruebling et al. 2011; Thistlethwaite 2012). These kinds of relationship-based structures are seen as promising means to enhance knowledge, facilitate practice change among professionals, improve the performance of healthcare organizations, and promote organizational learning (Nicolini, Powell et al. 2008; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Ranmuthugala, Plumb et al. 2011).

Despite the popularity of team-based approaches in public health and healthcare contexts, their evaluation remains limited and is often focused exclusively on outcomes, thus excluding the comprehensive and contingent analysis of the processes and conditions leading to those outcomes (King and Rowe 1999; Offenbeek 2001; Braithwaite, Westbrook et al. 2009). Some authors believe more could be learned by analysing the processes *per se* leading to the results (King and Rowe 1999; Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010). In fact, “going beyond inputs and outputs, and explicitly focusing on team learning processes is important because it helps us to understand why team learning outputs come about and, more specifically, it shows the systematic reasons for a particular occurrence or non-occurrence of team learning” (Decuyper, Dochya et al. 2010: 112). Authors such as Chiocchio (2012) show that healthcare research would benefit from focusing on a multilevel perspective emphasising improvements in emergent states, team processes, and proximal outcomes such as team creativity and innovation, rather than only on distal outcomes such as improvements in health. In public health and healthcare, strong conceptual models have not been applied systematically to study those learning processes, despite the potential benefits associated with answering the core question of how, concretely, teams learn and how this process can be facilitated (Lemieux-Charles and McGuire 2006; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Chiocchio 2012).

The subject of this study, the Health Promotion Laboratory (Québec, Canada), is a public health professional development program targeting professionals from local health and social services centres (CSSS) to help them develop and implement new health promotion practices. The program is based on competencies development, reflexivity, and a problem-

solving approach to foster collaborative learning in teams meeting at regular intervals over a long period. Through the program, teams are charged with exploring a public health issue, framing a common understanding of it, and collectively developing a new health promotion strategy to address it. Based on a multiple case study design involving two sites, the aim of this research project was to analyze the learning processes of two HPL teams over the first year of the program's implementation. Specifically, this paper aims to answer the following question: what are the team learning processes involved in the HPL and which factors are influencing them? To do so, it: (1) describes the learning process by which each team arrived at a common understanding of the issue (problem) at hand and developed a health promotion intervention to address it; (2) identifies factors that facilitated or hindered these two processes; and (3) proposes a cross-case explanation of the team learning process and its influential factors. In presenting the results of this case study, we use the metaphor of the 'train ride' to describe and compare the trajectories of the two teams. The discussion highlights key findings for the improvement of the program, as well as implications for the literature on team learning in the context of professional development in public health.

1.1 Conceptualizing the team learning process

Team learning has been conceived in a rich variety of ways and from numerous perspectives. While this may be desirable, it is also problematic, as it has stimulated the proliferation of terms and meanings in various disciplinary silos, which has impeded any significant integration effort (Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010). Among the disciplines contributing perspectives to this growing and fractioned body of theory and empirical research are management sciences, economics, organizational theory, communication sciences, political sciences, education, psychology, and sociology, each proposing its own labels and definitions. For instance, the expressions 'team learning', 'group learning', 'cooperative learning', and 'collaborative learning' are sometimes used to refer to the same concept, and sometimes not (Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010). In this paper we adopt an organizational theory standpoint, focusing on team learning conceived as a process in which interactions and information sharing among team members

enable them to build a common understanding of a problem at hand, such that their potential range of action as a group is broadened (Van den Bossche, Gijssels et al. 2006; Wilson, Goodman et al. 2007; Decuyper, Dochya et al. 2010).

Given the abundance of theoretical standpoints on team learning, the concept has been defined in many ways, with each definition emphasising a specific aspect of this concept. Some authors have proposed outcome-based definitions, in which team learning is mostly operationalized by “a change in the group’s repertoire of potential behaviour” (Wilson, Goodman et al. 2007: 1043). For others, such as Edmondson (2002: 129), team learning is principally a “process in which a team takes action, obtains and reflects on feedback, and makes changes to adapt or improve”. However, the diversity of process-based definitions has not given rise to a strong consensus about the basic activities involved in the team learning process (Wilson, Goodman et al. 2007). For instance, Huber, adopting an informational – or knowledge management – perspective on learning, identifies four types of activities in group learning: information acquisition, information distribution, information interpretation, and information storage and retrieval (Huber 1991). Congruent with this perspective, Wilson et al. (2007) propose that “the processes of sharing, storage, and retrieval are the basic elements or mechanisms of the learning process” (Wilson, Goodman et al. 2007: 1043). Kasl and colleagues (Kasl, Marsick et al. 1997; Yorks, Marsick et al. 2003), whose work has made an important contribution to this field, go further by describing team learning as being characterized by a set of interrelated and interdependent activities dominated by interpretation, testing, and dissemination, namely: framing (the group’s initial perception of an issue); reframing (transforming this perception into a new understanding); experimenting (taking actions to test this new perception); crossing boundaries (individuals seeking and giving information through interaction); and integrating perspectives (synthesising the different views through dialectical thinking).

In this paper, we present the learning processes of two teams taking part in the Health Promotion Laboratory (HPL), a professional development program in public health. Through this program, the two teams each explored a public health issue (occupational health and student retention) by acquiring and sharing knowledge and experience, framing a common understanding of it and collectively developing a new health promotion strategy to address it.

In keeping with Wilson et al.'s (2007) approach, and from an organizational theory standpoint, we focus on each team's level of analysis, incorporate time *per se* into our analysis of the process, and conceive of the learning process as one in which information and experience are shared, acquired, interpreted, and actively used to generate a new common understanding of an issue (problem), thereby making possible a change in the team's way of addressing it (intervention designed by the team).

2. The Health Promotion Laboratory program

2.1 Context

In 2004, in Quebec (Canada), a healthcare reform reconfigured the provincial, regional, and local levels of public health. At the local level, the exercise culminated in the creation of health and social services centres²⁰ (CSSS). The reform assigned a population-based mandate to the CSSSs, which involves improving the health and well-being of the local population by focusing on prevention, mobilising community action, and integrating the supply of services, all based on local needs (Ministère de la santé et des services sociaux 2003). This responsibility requires the CSSSs to link public health with the healthcare system across a continuum of services ranging from health promotion all the way to palliative care (Breton 2009). The CSSSs' population-based mandate raised some challenges for public health professionals in Quebec, who had to incorporate prevention and health promotion activities into their practices (Breton, Lévesque et al. 2008), such that integrating these changes did not go smoothly (Breton, Lévesque et al. 2008; Breton 2009). In fact, several years after the reform, the everyday practices of nurses in CSSSs in Montreal were still mostly focused on clinical services and individual preventive interventions (Beaudet, Richard et al. 2011). Indeed, it appeared that excessive daily workloads, in a context of resource scarcity, had made it difficult to integrate health promotion into Montreal's healthcare network (Beaudet, Richard et al. 2011).

²⁰ Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

2.2 Objective and target public

In 2009, to assist the CSSSs' intervention staff in dealing with these practice changes, a team from the Public Health Directorate for Montreal²¹ (PHDM), the regional public health body, designed a professional development program, the Health Promotion Laboratory (HPL). That program's purpose is to support, innovatively and flexibly, multidisciplinary CSSS teams working on particular issues (e.g. occupational health, student retention) so that they can develop and implement new health promotion practices to address them.

2.3 Activities and approach

Concretely, each team consists of approximately ten participants from the same CSSS who have voluntarily enrolled in the HPL. These participants are professionals and managers from different backgrounds but working in the same activity sector of the centre. The program's operational approach involves three-hour team meetings every two weeks for two to three years. The meetings take place during the participants' normal working hours. A contract between the PHDM and the CSSSs stipulates that the employees must be freed up by the organization to attend the meetings. During the process, the team is guided, supported, and oriented by mentors from the PHDM. However, it is a participant, supported by the mentors, who assumes the role of meeting moderator. The HPL approach is adapted to the team's situation and needs. The iterative operational approach suggested to the teams by the mentors is divided into seven phases, summarized in Table I.

²¹ Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Table I. Phases of the operational process and related activities

| Phase | Purpose |
|-------|---|
| 1 | Together with the promoters, the participating CSSS identifies a particular public health problem (designated as the “issue”) and a group of people ready to work on this problem (the HPL team). |
| 2 | The HPL team takes ownership of the proposed operational process and discusses actions to overcome constraints and optimize incentives for participating in the laboratory. |
| 3 | Team members acquire the basic concepts of public health and health promotion through reading, group discussions, and exercises. |
| 4 | The team identifies the specific angle from which they want to address the issue by exploring, analysing, and interpreting data on the population in their territory. |
| 5 | The team explores and discusses various options for interventions to address the issue from the chosen angle. They then collectively decide on an intervention project. |
| 6 | The team sets up partnerships with community stakeholders to be involved in the health promotion intervention that will be developed. |
| 7 | The team plans the implementation of the intervention by developing a logic model, conceptualising intervention tools and instruments, and setting up a coordinating committee. |

2.4 Expected effects

At the individual level, the HPL’s expected effects include the acquisition of new professional competencies relating to health promotion as well as the development of reflexivity with regard to professional experience. At the team level, collaborative learning is expected to culminate in the development and adoption of new health promotion practices. The program’s promoters also assume that the learning emerging from the team will have a ripple effect on organizational learning.²²

3. Methods

3.1 Investigation strategy

This evaluative research project consists of a process implementation analysis based on a multiple case study design involving two sites. Case study is a systemic approach to research in which a small number of cases are examined in detail (Yin 2009). It allows the researcher to examine in depth the holistic nature of contemporary phenomena in natural contexts, with a

²² The intervention theory (logic model) of the HPL has been evaluated in a previous study for its potential to lead to the expected outcomes (Tremblay, Brousselle et al. 2013) The analysis demonstrated that the program’s model has great potential to achieve its intended results.

multitude of data sources (Yin 2009). It was our assumption that the use of two cases and the depth of the analysis would provide greater explanatory depth. In this study, the researcher was integrated into the promoters' team at the PHDM from the start of the implementation process, to be able to grasp the dynamics of the project in context and to develop a deep, comprehensive understanding of the intervention, the team, and the sites. This involvement was conceived as facilitating an 'explanation building' analysis and the ruling out of rival explanations (Yin 2009).

3.2. Selection of cases

In this case study, the cases were considered to be the learning processes of two HPL teams over a one-year period (team level of analysis), while the analysis also took into account factors from other levels (i.e. individual, organizational factors). The two teams observed were the first teams to implement the HPL program (team A and team B). Cases were temporally bounded by the first year of HPL implementation. These teams came from two CSSSs in the Montreal area, each serving a specific territory of the region. Both teams were multidisciplinary and included a combination of physicians, nurses, social workers, specialized educators, community organizers, dental hygienists, occupational hygienists, health promotion advisors, and managers. The teams consisted on average of nine professionals and managers at different managerial levels. While participants shared similar individual profiles with regard to most characteristics (except for seniority in the organization), at an aggregate level the two teams differed on important points and were thus expected to provide contrasting results. Points on which the two teams differed prior to the start of the HPL include: average team members' seniority in the organization (including managers' seniority), team members' initial activity sectors (occupational health vs. school), collaboration history of the team members, and issue chosen as the focus of the HPL (occupational health vs. student retention). Each team was guided by a different PHDM mentor.

Participants in team A came mostly from the occupational health and safety sector of the centre. In contrast to other sectors of the CSSS, the occupational health and safety sector occupies a distinctive position: although it reports to the centre, it has a subregional mandate

assigned by the Occupational Health and Safety Commission²³. Thus, its service area includes many local territories (beyond that of the CSSS) and its budgets are managed at a higher level of authority. Also, its mandate stipulates that 2% of workers' time can be allocated to other activities. The sector's initial mandate was to visit factories and companies in its service area to monitor health risks and prevent harmful exposure for the workers. This team chose to work on 'occupational health' as their issue.

Team B included participants coming for the most part from the family/childhood/youth sector, a regular sector of their centre. Professionals in this sector are primarily mandated to respond to the needs of the schools of the territory and, as such, distribute their time among the different schools and the CSSS. This team chose 'student retention' as the issue for their laboratory.

3.3 Data collection strategies

Data used to inform this case study were collected using multiple strategies including direct observation, documentary sources, focus groups, and semi-structured interviews with participants, all of which are described in Table II. Except for the interviews, which were conducted only once, after one year of implementation, data were collected continuously over one year, corresponding to 17 meetings in team A and 15 in team B.

Documentary sources included the logbooks of the PHDM mentors who guided and mentored the HPL through the process (content concerning the first year of the process). Other documents included minutes of the HPL meetings and internal PHDM reports.

Fourteen focus groups were held (seven with each team) in a 15-minute time slot reserved for exchanges between the evaluator and the HPL participants at the conclusion of some of the meetings. The aim of the focus groups was to identify facilitators and hindrances to the team's learning process and the implementation of the HPL. Responses to the focus group questions were written down by the researcher.

Observations (7 sessions with each team) were carried out during HPL meetings using a formatted grid to document context characteristics, team learning process steps, as well as

²³ Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

facilitating and hindering factors of the process. The context of each observation session was also documented.

After one year of HPL implementation, 20 qualitative semi-structured interviews were conducted with regular (nine in each team) and occasional HPL participants (two in each team). Only one professional declined to participate due to lack of time for the interview (site A). Also, one of the interviews with a senior manager was discarded because the participant felt insufficiently knowledgeable about the laboratory to answer the interview questions (site A). Open-ended questions were used to investigate how participants had experienced the whole learning process, what they had learned from the HPL, what they saw as positive and negative elements of the HPL, and how the HPL could have been improved. All interviews were audiorecorded and transcribed verbatim.

Table II. Information concerning data collection strategies used in this study

| Teams | A | B |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <i>Participants</i> | | |
| Regular participants (n) | 9 | 9 |
| Occasional participants (n)* | 2 | 2 |
| Total | 11 | 11 |
| <i>HPL sessions in the first implementation year</i> | | |
| | <i>(January to December 2010)</i> | <i>(March 2010 to February 2011)</i> |
| Held (n) | 17 | 15 |
| Canceled (n) | 0 | 1 |
| Average participation rate, regular participants** | 86,1% | 79,4% |
| Average participation rate, occasional participants | 14,2% | 13,3% |
| <i>Focus groups</i> | | |
| N | 7 | 7 |
| Average participation rate, regular participants | 88,0% | 82,5% |
| Average participation rate, occasional participants | 14,2% | 14,2% |
| <i>Observation sessions</i> | | |
| N | 7 | 7 |
| Average participation rate, regular participants | 88,0% | 82,5% |
| Average participation rate, occasional participants | 14,2% | 14,2% |
| <i>Qualitative interviews</i> | | |
| N | 9 | 11 |
| Average participation rate, regular participants | 88,8% | 100,0% |
| Average participation rate, occasional participants | 50,0% | 100,0% |
| <i>Documentary sources</i> | | |
| Intern report (only one for both) | 1 | 1 |
| Minutes of the meetings | 17 | 12 |
| Missing | 0 | 3 |
| Mentors' logbook entries | 17 | 15 |
| Missing | 0 | 0 |

*Managers who supervise the teams, expected to participate occasionally in the meetings

**Average participation rate = (Σ number of participants present / Σ number of potential participants) x100

3.4 Ethical issues

Full ethical approvals were sought and obtained from the PHDM and University of Montreal ethics committees.

3.5 Data analysis

The analytic technique used in this study was ‘explanation building’ over a three-dimension process (Creswell 1998; Yin 2009): (1) a description of each team’s learning process; (2) an analysis of the most important factors having influenced each team’s learning process; and (3) a final cross-case interpretation to develop an overall explanation of team learning. Our initial theoretical propositions were based on a thorough literature review on team and organizational learning theories and relates to the definition of team learning process, formulated as *the process by which a team acquires and shares knowledge and experience, frames a common understanding of it and collectively develops a new health promotion strategy to address it*. This process is conceived as being influenced by *different levels of factors, such as team members’ attributes, team characteristics, as well as factors related to the organizational context*. While these broad categories were initially based on the literature, the more specific influencing factors of the team learning process were meant to be identified and analyzed more inductively (with a thematic analysis), in order to continually refine and revise the initial propositions. However, we are aware that our perspectives and understandings were influenced by concepts from the organizational and management sciences concepts, which can be thought of as ‘sensitising concepts’, providing a general direction along which to focus the empirical observations and analysis (Glaser and Strauss 1967; Patton 2002).

To perform the analysis, a database including all sources of data was constructed using NVivo 8 software. Our first reading of the data from all sources was used to describe the settings of the two cases. Subsequent readings were then carried out to extract information relating to the team learning process. Those data concerned how each team acquired, interpreted, and actively used information about the issue (e.g. student retention, occupational health) to generate a new common understanding of the issue at hand, thus gradually allowing the team to develop a health promotion strategy to act on it (description of the learning process). These data were drafted into a narration of the different steps the team encountered in this learning process, the choices participants were confronted with, and their collective decisions. Then, a thematic analysis allowed us to identify core meanings and strong recurrent patterns and aggregate them into themes to categorize potential influencing factors (within-

case analysis) (Patton 2002: 454). The two teams' learning processes as well as their influential factors were compared one at a time to the initial proposition in order to refine it and to develop an interpretation that was then depicted in the form of a diagram (cross-case analysis). Finally, the case study reports were reviewed by key informants for accuracy (Yin 2009). Results are compared with existing theories in the Discussion section.

4. Results

4.1 *The two teams' learning processes and their influencing factors*

The team learning process is one in which information and experiences are shared, interpreted, and actively used to generate a new common understanding of a problem (in this case, an 'issue'), which in turn enables a change in how the team will address it (by developing a new intervention, for instance). We should first emphasize that both teams learned by expanding their repertoire of actions through developing a health promotion intervention. However, in looking at the process more closely, the two teams appear to have experienced different learning processes during the first implementation year, which are narrated below and summarized using the train ride metaphor (in the boxes). In each case, factors that shaped the learning process are then described for each team.

4.1.1 Narrative of team A's learning process

Participants from team A are taking a train without knowing where they are going. They are enjoying the crew and the new sights. They are impatient but confident they will arrive at an interesting destination.

Participants from team A, coming mostly from the occupational health and safety sector of the CSSS, were initially motivated to take part in the HPL team because of its innovative concept and their own willingness to renew their practices. In fact, in focus groups, participants reported having been attracted by the "laboratory style of the process, which permitted trial and error, as well as by the creativity and the reflection component of the approach". The broad issue chosen by the CSSS was 'occupational health', which evokes a

health outcome. Their original vision of occupational health, which focuses on risk control and occupational disease prevention, was very different from health promotion, which focuses on upstream determinants of positive health. The initial direction proposed early in the process was to educate young vocational students (from the territory's professional schools) about their rights as well as about the province's Act Respecting Occupational Health and Safety. However, after some reading, participants soon challenged this idea, and the decision was taken to focus instead on the working environments of young workers, as it appeared that health could be more easily promoted by acting on those environments. Subsequent discussions about the issue questioned the targeting of young workers and students, as this clientele already had received some training about health through their schooling. At this point, some team members were impatient to work more concretely on developing the intervention and thought too much time was being devoted to the documentation stage. As reported in the mentor's logbook, some participants wondered: "How long will we be setting the stage for the intervention? I am an action people and I can't wait to work on something tangible". Nevertheless, the mentor brought them back to the essence of the process. When the team incorporated feedback received from their colleagues in the CSSS's occupational health sector, new potential action targets began to appear. Soon, potential targets (problems) were summarized within five categories: (1) immigrant workers who did not speak French (the language of the workplace in Quebec); (2) young people who had dropped out of school; (3) unhealthy working environments; (4) students from vocational and technical programs who were about to begin working and were not familiar with their rights; and (5) new factories opening in the territory that could be more sensitized about health promotion. The team agreed on five prioritization criteria to help them choose which occupational health target they would address. After applying the criteria, three of the five potential targets were retained: (1) immigrant workers; (2) students; and (3) new factories. Then, through a documentation process in which data were collected in the field, they developed an understanding of each target/problem and described its determinants and consequences. Throughout this process, they held frequent consultations with colleagues and managers in the CSSS's occupational health and safety sector, which helped to validate the understandings of team members and to engage this sector in the final decision. The final target chosen was new factories opening in

the territory. Refining its vision of the intervention, the HPL team proposed a health promotion counselling program to support new factories and companies right from the start of their process as they were being implemented in the territory. This intervention was to be aimed at promoting health and supportive working environments for workers. Although participants admitted to having been somewhat confused at first by the intangible aspects of the process, after one year, they were confident in the HPL approach and proud of what they had accomplished. Their feelings of satisfaction with the process are summarized in some participants' comments²⁴ in the interviews: "This is a great experience that I really appreciate. The more I participate, the more I like it and the more I believe in it. I would say that at first we didn't really know where we were going, but now I find the project interesting and I'm sure it will work." "This is something great, something that we've slowly seen emerge, take shape Everybody is keen, they're committed, and they're making progress."

4.1.2 Important factors that influenced team A's learning process

Team members and team characteristics

Participants in team A were initially attracted by the innovative and reflexive concept of the HPL learning approach. From the outset, they were open to questioning their professional practice and to accepting new ideas, as mentioned by one participant: "When I agreed to take part in this project, I had the idea that we would end up doing new things. When they talked about reviewing practice, things like that, it was something that appealed to me." This openness to innovation seemed to have helped participants cope with the relative uncertainty of the approach. During the focus groups, one recurrent success factor for the HPL identified by the participants of team A was "their willingness to put themselves off-balance and their openness to novelty", conceived as an increased tolerance of the ambiguity inherent in this continuously redefined learning process. Participants had a long tradition of working as a team and, for the most part, already knew each other. Also, the managers were seniors in the

²⁴ To protect participants' anonymity, the masculine gender has been used in reference to all participants.

organization. Team climate was characterized by respect, confidence, and complicity. One HPL participant observed:

“Generally, in ‘normal’ teams, there are a lot of tensions, things like that. We feel that this team (compared to others in the CSSS) is more detached from and less dependent on the CSSS organization.... Discussions were very easy; it was clear that [the participants] are used to working together.”

Organizational context, activity sector, and managerial support

As mentioned previously, team A’s sector occupied a distinctive position within the organization, as one participant noted: “We feel that it [the occupational health sector] is somewhat apart; in fact, it has its own budget, which is in surplus, whereas usually, in CSSS teams, it is more often the reverse: they go through budget cuts, things like that.” Because of this particular set of circumstances, it was easier for the organization to free up participants and reassign the work to others, giving the participants enough time to engage in the HPL activities. As a result, participants were rarely absent and participated fully in the activities, even giving extra time to do the outside work required by the HPL (general participation rate in the meetings was 86,1% for regular participants). Managerial support for the HPL came mainly from the lower-level and middle managers who were directly involved in the HPL activities.

Mentorship from the promoters’ team and moderating of the meetings

From the outset, team A’s designated meeting moderator (an HPL participant with strong leadership experience) was comfortable with the relative uncertainty of the approach. He rapidly instilled a stable moderating style: “I want things to work in my team, and I want people to be motivated, to want to participate, to be involved, so I do what it takes to make it work.” Throughout the process, he was committed and confident in the success of the approach, and relied implicitly on the promoters’ mentorship. Both the team and the moderator appreciated the support from the mentors, which was perceived as subtle but firm: “When we take a little detour that [the mentor] feels is going in the wrong direction, [he] tells us why [he] thinks it’s important for us to come back to our objective.” They felt supported, while having the flexibility and freedom to develop their own project: “There’s no pressure,

that's important, we don't try to impose anything on them. Anyway, the HPL has had the good sense to proceed with relatively small steps."

Knowledge dissemination and activities to mobilize others

From the start, team A was concerned about integrating colleagues from the occupational health and safety sector into the process. In the interview, one participant mentioned: "I had the new concern of mobilising the rest of the sector (...) when I realized that my [disciplinary] team was not part of the project. The mobilization aspect preoccupied me as much as the issue [of occupational health]". At each step of the process, decisions were explained and choices were validated with those colleagues. Supported by the promoters' mentorship, different strategies were used to inform and engage the rest of the sector in the HPL's activities: presentations, standing agenda items at the different disciplines' regular meetings, colleagues invited to the HPL meetings, information to new employees about the HPL. These activities also allowed participants to continuously refine and express what they were doing and why. At the end of the first year, having designed and implemented a formal mobilization strategy, the HPL team felt they were successfully bringing other people from the sector into the learning process.

4.1.3 Narrative of team B's learning process

Participants from team B are taking a train without knowing where they are going. Sometimes they stop at stations along the way. Sometimes they are uncomfortable with changes in speed and the train's uncertain trajectory.

Participants in team B, coming mostly from the school sector of the CSSS, were initially motivated to take part in the team because of its 'school dropout' theme, an issue they encounter often in their professional activities and that is particularly prevalent in their territory: "The team displays a strong desire to take action on school dropout rates and many participants confirm that this theme spoke to them, motivating their participation in the HPL" (observation notes from the first meeting). The theme was highly specific right from the start, evoking a social determinant of health rather than a targeted health outcome. At the outset,

mentors and participants agreed to use the term ‘student retention’ – which can be seen as a determinant of health from a health promotion perspective – rather than ‘school dropout’, but, in fact, both terms were used during the process. As a starting point, the team decided to examine current practices aimed at reducing school dropout rates and promoting student retention, using a documentation process in which data were collected in the field. This exercise, intended to facilitate the development of a common understanding of the issue and identify potential action pathways, generated a huge amount of information, making synthesis a challenge: “I had some difficulties figuring out what we had to compare” (from interviews). From the data analysis, which was a lengthy process, the participants identified five school dropout determinants: (1) children with learning disabilities; (2) children going on long international leaves with their families during school time; (3) family issues; (4) school climate; and (5) students’ socio-economic conditions. At that point, these findings were shared and validated with colleagues and managers in the centre’s school sector. In subsequent meetings, the team worked on those determinants to identify, for each one, two corresponding student retention determinants and action pathways. This step of the process left some participants confused; for instance, one participant said in the interview: “It was vague; I was unable to summarize what we were doing... I found it difficult”. Others echoed this feeling in focus groups conducted at that time: “The theme (student retention) is a challenge in itself. The project is unclear. I feel we’re not progressing. We thought we knew things about school dropouts but now we don’t know anything.” Nonetheless, three potential action pathways to promote student retention were finally identified: (1) fostering families’ promotion of the value of education; (2) developing a positive school–family link; and (3) strengthening parents’ skills and competencies. The team agreed on two prioritization criteria to help them make their final choice. After thoughtful discussions in the team and consultations with colleagues in the centre’s school sector, fostering families’ promotion of the value of education – which is conceived as a determinant of student retention – was finally chosen as the most desirable direction to take. In this conception of student retention, the health of the community, as a distant outcome in the causal pathway, was barely mentioned, and participants frequently referred to themselves as the ‘school dropout laboratory’ rather than as a health promotion working group. At the end of the first year, the specific target as well as the

concrete form of the intervention were still to be defined. However, many participants felt the project had finally begun to take a more concrete form: “I’m glad to have the impression that something is taking shape now, because it has taken several months...”; “It’s still a little nebulous, but now we’re heading toward something clearer than when we first started.” Yet the HPL approach remained vague for some participants, who felt confused by the direction the process had taken:

“For me, the laboratory itself seems to be very loosely organized, and it puts me into an ambiguous situation that I’m not very comfortable with. I try to tell myself it’s that way on purpose, to leave room for reflection and to avoid pushing people in any given direction, but for myself, I feel as though ... we’re so undirected that we’re heading off in all directions. And I need to make sense, I want to know where I’m going and to have some signposts. I’m having a hard time finding any, and it takes a lot of my energy.”

4.1.4 Important factors that influenced team B’s learning process

Team members and team characteristics

Participants in team B were initially interested in the HPL because they felt particularly concerned about the issue at hand (student retention), not necessarily because they were attracted to the HPL learning approach. At the outset, some participants found it difficult to question their practice and ways of working and felt destabilized and uncomfortable with reflection: “I’m used to working in preventive services with clients; to make the transition to health promotion after looking at things the same way for 20 years, that was a difficult adjustment.” Before the HPL, the team members were used to working individually in different settings (schools) and barely knew each other. In addition, at the start of the process, the manager (a team leader in the sector) was new in his position. The team had to spend a lot of time creating a climate of confidence and complicity. Participants felt they needed to “build something concrete in order to develop a shared identity” (quotation from a focus group).

Organizational context, activity sector, and managerial support

Team B’s participants came from a regular sector of the centre that experienced a lot of demand with limited staff. Nonetheless, the organization strongly supported the HPL, and

managerial support came from all levels. The organization, considered progressive, believed in the HPL approach, as stated by the executive director of the CSSS: “I think the HPL is an integral part of our mission and I would recommend that other CSSSs adopt such an approach.” However, despite this supportive rhetoric, even if participants were officially ‘freed up’ to take part in the HPL, the organization did not always exempt them from their duties, as service demand was high, and so their work accumulated outside the Laboratory. Participants sometimes felt frustrated by this situation and were not always able mentally to engage fully in the process: “The HPL is worthwhile, but it involves a huge amount of time in a really busy schedule, and it is sometimes frustrating to lack the time to do the extra work needed between the meetings”. A meeting was even cancelled due to participants’ absenteeism (general participation rate in the meetings was 79,4% for regular participants)..

Mentorship from the promoters’ team and moderating of the meetings

In team B, it seemed the moderator’s role was not clearly understood at the start. This role was assumed by more than one person, and even sometimes by the recently arrived manager. There was a misunderstanding in the team about who, among the moderators and the PHDM mentors, should lead the meetings and the process. One participant wondered: “They’d like this to be a real bottom-up project, but sometimes it seems things are not entirely clear: who will speak, who will structure what...” As a consequence, the approach taken in the first months was uneven from one meeting to another and somewhat lacking in direction. For instance, in a meeting, “all the points on the agenda were addressed, but neither in order, nor in the way it was planned, but rather in a kind of melting pot” (quotation from the mentor’s logbook) Some participants wanted to receive more directive support from the mentors: “I’m used to giving myself some structure (in my work), and I think they [the mentors] should have provided more...” Also, an event of note is that, in the course of the first year, the PHDM mentor accepted a four-day position at the CSSS, while remaining a mentor for the PHDM one day a week, the consequence of which was that he had less time to fulfil his mentor obligations.

Knowledge dissemination and activities to mobilize others

Team B planned some mobilization efforts at the start of the process and discussed a communication strategy. In fact, as stated in the observation notes from the first meeting, “some initial efforts were planned to mobilize other workers from the school sector of the CSSS”. However, these activities were slow to be implemented, and the mobilization of colleagues from the centre’s school sector remained a secondary matter. The team did not feel ready to share their project with the others. The integration of input from other people in the sector came at the end of the first year. After the five determinants were identified, the rest of the sector was involved in validating the choices made by the team and contributed to the final choice of action pathway. One participant commented:

“On our side, we’re reflecting as a laboratory team, but the other teams aren’t involved in this reflection. People need to be more engaged, more informed. At the same time, if I had been asked to inform my team [about the HPL activities] three months ago, I wouldn’t have been able to explain what we were doing. Maybe when it becomes clearer for us, we’ll be able to bring in the others.”

4.2 Final interpretation (cross-case analysis)

Even though they built upon the same HPL approach, the two learning processes described in the previous section are clearly different. The two teams took different trajectories. In each case, there were factors that played an important role in shaping those trajectories, promoting or hindering the group’s learning process. Table III compares these factors for the two teams and shows how the factors were interrelated in each site.

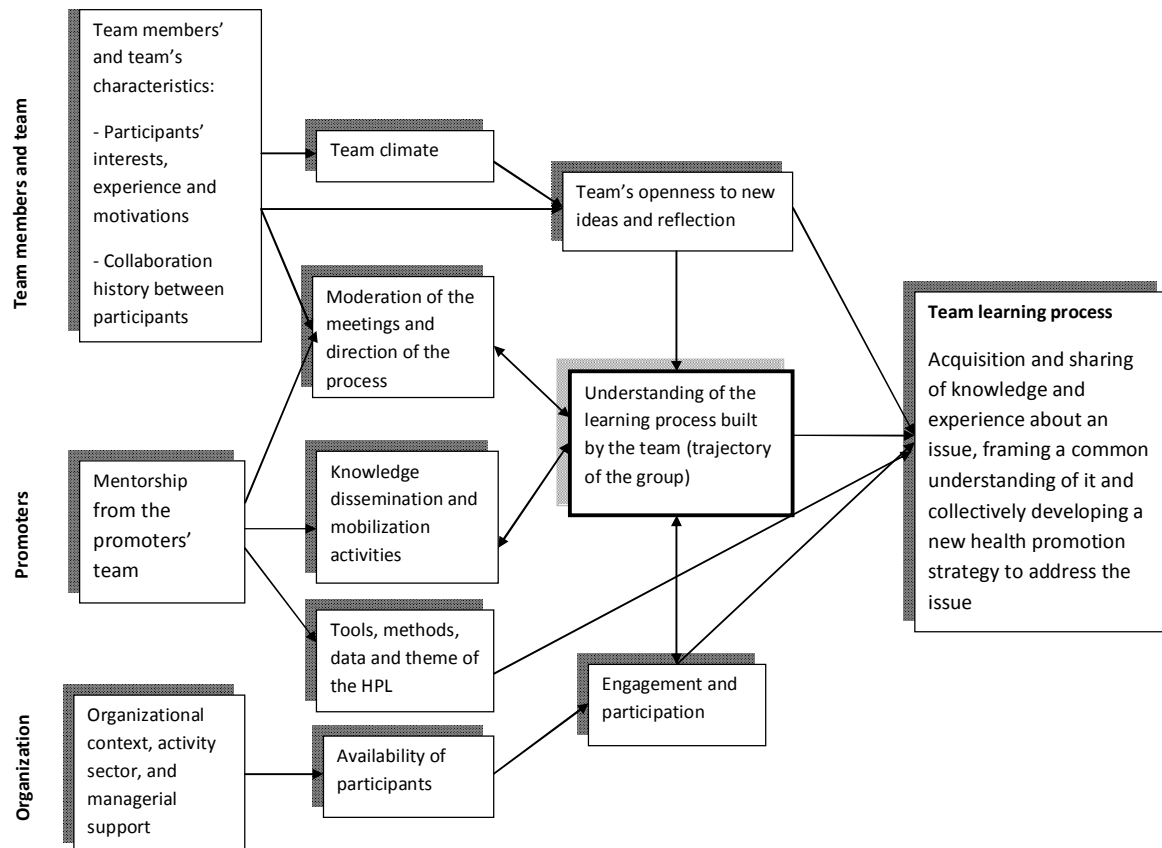
Table III. Factors that influenced the learning process in the two cases

| Factors | Team A | Team B |
|---|--|--|
| Team member characteristics | Participants were open to innovation and reflection and had a long tradition of working as a team. | At the start, some participants were not ready to question their practice, and team members were used to working individually in different milieus. |
| Team characteristics | Team climate was characterized by respect, confidence, and complicity. | The team had to spend a lot of time creating a climate of confidence and complicity. |
| Organizational context, activity sector, and managerial support | Because of their subregional mandate, the team's sector occupied a distinctive position within the organization. Their more flexible situation, coupled with managerial support from supervisory and middle-management levels, allowed participants to engage more freely in the HPL activities. | The school sector is a regular sector of the centre that experiences a lot of demand. Despite the supportive rhetoric of the CSSS, the organization did not exempt participants from work during the HPL, because service demand was too high. Participants sometimes felt frustrated by this situation, which hindered their engagement in the process. |
| Mentorship from the promoters and moderating of the meeting | Throughout the process, the team moderator was engaged and confident in the success of the approach, and relied implicitly on the promoters' mentorship. | In the beginning, the moderator's role was not clearly understood, such that the direction of the meetings was uneven and the process wandered. Some participants wanted more directive support from the mentors. |
| Knowledge dissemination and activities to mobilize others | At each step of the process, decisions were explained and validated with others colleagues, allowing the team to continuously refine and express what they were doing and why. | Mobilization and knowledge dissemination activities were planned early but were slow to be implemented. The team did not feel ready to share its project with the others. |

From these two case descriptions and analysis, we can draw a final cross-case interpretation of the team learning process and its most important influencing factors. This interpretation is illustrated in a diagram representing the different pathways of interaction between influencing factors and the team learning process (Figure 1). From our findings, team learning appears to be a contingent phenomenon, building on the characteristics of teams and team members (e.g. their experience, knowledge, interests, and motivations; their history of collaboration together; moderation of the meeting; team climate; and team openness to new ideas and reflection), organizational conditions (e.g. type of activity sector, management support, flexibility of participants' schedules and availability for meetings), and promoters' contributions (mentorship of the process, support to moderators, tools and methods provided, and types of activities implemented, such as knowledge dissemination and activities to

mobilize others).

Figure 1. Factors influencing the learning process



In the first case (A), team members had a history of collaboration with one another, the innovative and laboratory style approach of the program appealed to them and they were ready to question their practice; all of this led to an inclusive climate, facilitating discussion and reflection among members and increasing tolerance to uncertainty within the group. In addition, there was a clear and strong moderation, promoted by the fact that the moderator was a mature manager and further enabled by the mentorship of the promoters. This mentorship also influenced the type and the range of activities put in place through the process, and led to a large number of activities being devoted to informing other people from the sector about the HPL, providing at the same time many occasions for the team to reflect on, and define, their

project. At another level, the organizational context and the particular situation of the team favoured the participation of participants, allowing them to engage deeply and freely in the HPL process. In sum, the team's openness to reflection and its ability to deal with uncertainty, the strong leadership with regard to the moderation, the knowledge dissemination and mobilization activities, as well as the full engagement of the participants favoured a clear understanding of the learning process built by the group, thus facilitating the learning process.

In the second case, participants, who were more attracted by the theme addressed in the HPL than by its innovative formula, had no previous collaboration history and were not used to teamwork. This made it hard for the team to create an appropriate climate for discussion and reflection. These characteristics, added to the fact that the moderator had little experience, impaired the moderation, which did not receive the appropriate support from the promoters. The absence of a strong moderation and a loose mentorship impeded the understanding of the process built by the team. Partly for this reason, the knowledge diffusion and mobilization activities were not implemented consistently during the first year, further depriving the team of opportunities to reflect on, and articulate, its collective project. In addition, despite the explicit support of the organization, the busy schedules of the team members hindered their availability and engagement in the process. All of this led to a vague understanding of the learning process built by the team, ultimately slowing down the learning process itself.

5. Discussion

5.1 Practical implications

These findings have provided an account of two team learning processes involved in the context of Quebec's HPL program and their critical factors, ultimately highlighting a cross-case explanation in which determining factors are linked to each other in different pathways influencing the process. From this final interpretation, we can draw lessons that may be useful to the promoters in improving both the program's implementation and the learning of the teams involved in the HPL. The first important observation is that the promoters are not in control of all the supporting and hindering factors of the team learning process. They have no direct control over participant and team characteristics (such as participants' interests and

motivations, collaboration history between participants) or the participants' openness to new ideas and reflection, nor over the general dynamics emerging from the team. However, they can foster conditions to create good team climate and also provide guidelines to the CSSSs prior to recruitment of the team members. For instance, they could encourage the selection of participants who, in addition to being prepared to make a voluntary commitment to the HPL, have demonstrated strong teamwork skills, experience and a willingness to question and reflect upon their practice. As well, our interpretation highlights the need to analyze organizational context before implementing the intervention, to ensure the prerequisite conditions, such as participants' availability for meetings, will be respected. Indeed, availability seems to play an important role in participants' involvement in, and commitment to, their own learning process, which in turn affect the team's learning process.

A second practical lesson is that even if promoters do not control the characteristics of the context and participants, they can nevertheless act on the activities of the HPL as well as on how the approach is implemented and supported. As such, the type of mentorship provided should be adjusted to the needs of the group. For instance, in team A, because of the strong team climate and solid moderation of meetings, a subtly directed mentoring was sufficient to facilitate clear understanding of the learning process being continuously built by the group. That type of mentoring would not have worked in team B. Likewise, knowledge dissemination and activities to mobilize others should not be neglected over the course of the process. Such activities play a role in prompting participants to constantly refine and reflect on what they are doing, ultimately leading to a better understanding of where the process is going and its intended result.

Finally, from this visual representation (Figure 1) it is clear that one of the most crucial factors in the team learning process is the group's own understanding of the learning process which it is continuously building and which can also be referred to as the representation of the 'trajectory' the team has taken. According to our interpretation, this factor seems to be the one that is most related to all the others and that has a proximal influence on the team learning process. In fact, when reporting on their experience of the HPL, participants often referred spontaneously to their understanding of the process, to whether they saw the trajectory they were following as clear or unclear, and how the level of clarity influenced their confidence and

engagement in the whole process (see verbatim quotations in the first section of the results). This factor appears to be the most linked to the team's capacity to engage in each step of the learning process, such as gathering and sharing information, collectively interpreting it, choosing a precise target, and figuring out a way to act on it. The understanding of the learning process the participants develop depends to some extent on their own efforts, but could also be facilitated by the promoters, who could adapt their mentorship to the team's needs and capacities, support clear moderating of the meetings, and foster activities that promote reflection on the process itself, such as knowledge dissemination and activities that mobilize others.

5.2 Theoretical implications

As described above, an important contribution of our results has been to identify levers of improvement for the professional development model presented here, the Health Promotion Laboratory. Aiming at a second level of contribution, we now discuss their implications for the literature on team learning and the literature on public health professional development.

As expected, some of our findings are consistent with existing theories and empirical studies on team learning. Nonetheless, a notable result is the apparent importance of the team's common understanding of the learning process (their collective representation of the train ride trajectory). This element could be related to the concept of the shared mental model, an emergent state evoking "the team members' shared, organized understandings and mental representations of knowledge about key elements of the team's task environment" (Kozlowski and Bell 2008: 27). While shared mental models have been widely discussed in the literature (Klimoski and Mohammed 1994; Kozlowski and Bell 2008; Decuyper, Dochya et al. 2010), the new element brought in this study is the crucial and proximal role this factor seems to play in the iterative learning process of the team. In fact, our analysis has revealed that this factor is closely related to a team's ease with engaging in each step of the learning process. Also, this factor seems to be at the heart of a recursive loop that creates a sense of commitment and direction among the team, which in turn facilitates the development of a shared understanding. More specifically, when participants are engaged in the process, set a direction by moderating the meetings, and present the project to other teams, they simultaneously strengthen their

continuously built shared model, which in turn facilitates their engagement, the moderating of meetings, and the ability to articulately explain the project to colleagues.

Another interesting finding from this study is how activities of knowledge dissemination and mobilization of other teams seem to act on the team learning process. Those kinds of activities can be related to boundary crossing, a concept which is considered in some models to be an integral part of the team learning process (Kasl, Marsick et al. 1997; Decuyper, Dochya et al. 2010). In this literature, boundary crossing refers to the process in which individuals “(...) seek or give information, views, and ideas through interaction with other individuals or units” (Kasl, Marsick et al. 1997: 230) and is principally thought of as a knowledge management mechanism, having the potential to bring new information to the group or disseminate new learning within the organization (Decuyper, Dochya et al. 2010). However, in this study, boundary crossing was shown to be an input *per se* of the team learning process, enabling the team and participants to articulate what they were doing and why, thereby refining their common understanding of the learning process. This highlights the importance of reflection on the process itself in order to foster learning among team.

With regard to professional development in public health, an important contribution of this paper arises from the fact that there is almost no such account of professional development evaluation in the scientific literature. In fact, many authors have highlighted “(...) the enormous legacy of neglect in conducting formal public health systems research including workforce research, sorely needed to advance the evidence base upon which policy in building the public health workforce must rest” (Tilson and Gebbie 2004: 342). Papers devoted to this topic usually portray public health workforce needs (Gebbie and Hwang 2000; Allegrante, Moon et al. 2001; Pruitt and Epping-Jordan 2005) or describe educational frameworks on which professional development should rest (Gebbie 1999; Gebbie and Hwang 2000; Brocklehurst, Hook et al. 2005; Bryan, Kreuter et al. 2009; Koo and Miner 2010; Jayatilleke and Mackie 2012), instead of presenting evaluations of concrete professional development initiatives. In addition, papers interested in professional development usually focus on competencies acquisition and education at an individual level, neglecting the interactional, social and situational dimensions of learning (Webster-Wright 2009; Mathieu and Tesluk 2010), although there are some notable exceptions (Mallinson, Popay et al. 2006; Ceraso,

Gruebling et al. 2011). In public health and health promotion, studying team-based approaches of learning and their mechanisms is particularly important, given their potential as workforce development tools, but also as means to foster partnership and teamwork that health promotion and prevention necessarily involve (Issitt 2003; Cesaro, Gruebling et al. 2011).

6. Limitations

This study may suffer from some limitations relating to the general case study strategy, the choice of the cases studied, as well as to the specific data-gathering techniques, so results must be interpreted in this light. In fact, while the use of two cases and the depth of the analysis provide a certain explanatory depth, a larger number of cases would have enabled broader analytical generalization of our results and supported more robust theory replication in different sites. This study was conducted with a view to analytical generalization (instead of statistical generalization), where a particular set of results is generalized to a theory and not to a broader population (Pires 1997; Yin 2009). But, one may wonder if the cases chosen are different from others, given the fact that they are the first teams to have accepted to take part in the program, and thus position themselves as early adopters. In fact, these cases may belong to organizations with a culture of innovation and openness, that are less conventional or authoritative, and more reflexive. This would have some implications for the generalization of the theory developed here and also for the further adoption of the program in new milieus. As well, this case study only explored the first year of the teams' learning processes. Each team had its own pace, and their evolution over the first year is not necessarily representative of their entire learning process, which took place over two to three years. In addition, some limitations may be attributable to the data collection strategies. For instance, qualitative interviews conducted with participants after the first year may have been affected by memory bias or social desirability bias. Direct observations performed during Laboratory meetings may have been influenced by the presence of the researcher in the group. Also, documentary sources, such as the mentors' logbooks, were not homogeneous and varied from one to another. Finally, missing data from interviews, focus groups and documents could have

hindered the reconstitution of the learning process and the identification of influencing factor in each team.

7. Conclusion

While collaborative work and team-based approaches stand as interesting options for professional development in public health, studies and evaluations focusing on the utilization of those approaches as workforce development tools are almost absent from the literature in this field. In addition, evaluations of team learning approaches remain often focused exclusively on the outcomes of those initiatives, excluding the comprehensive and contingent analysis of the processes and conditions leading to these outcomes. This paper aims to resolve this tension by presenting an analysis of the learning processes of two teams engaged in the Health Promotion Laboratory, a professional development program in public health. Results demonstrated that the two HPL teams experienced different learning processes, shaped mainly by factors having to do with the participants, teams, organizations, and promoters. From a practical standpoint, those findings have been useful for suggesting some improvements to the HPL promoters. From a theoretical standpoint, our analysis provides an original explanation of the mechanisms by which critical variables influence team learning process. For instance, the shared understanding of the learning process continuously built by the team seems recursively to create a sense of commitment and direction throughout the team, which in turn contributes to refining the collective representation of the process. In addition, our explanation shows that reflexive activities, such as knowledge dissemination across boundaries and mobilization of other teams, are in themselves inputs to the learning process, providing opportunities for the team and its members to constantly refine and express what they are doing and why.

In sum, in the context of professional development, team learning becomes a directed process that follows a specific learning objective or developmental direction. These findings show that interest should be focused on ways to facilitate those processes for team learning to be generalized as a learning approach for professional development in public health.

7.3 Article 3 : Learning Reflexively from a Health Promotion Professional Development Program in Canada

The final, definitive version of this paper has been published in *Health Promotion International*, Advance Access, published August 30th, 2013, doi:10.1093/heapro/dat062, by Oxford Journals. All rights reserved. ©

Marie-Claude Tremblay^a,

Lucie Richard ^b,

Astrid Brousselle^c,

Nicole Beaudet^d,

^a Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

^b Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, 2375, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, 6e étage, bureau 6087, Montréal (Québec) H3T 1A8, Canada

^c Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150 place Charles LeMoyne, Bureau 200, C.P. 11, Longueuil (Québec) J4K 0A8, Canada

^d Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3, Canada

Abstract

In recent decades, reflexivity has received much attention in the professional education and training literature, especially in the public health and health promotion fields. Despite general agreement on the importance of reflexivity, there appears to be no consensus on how to assess reflexivity or to conceptualize the different forms developed among professionals and participants of training programs. This paper presents an analysis of the reflexivity outcomes of the Health Promotion Laboratory, an innovative professional development program aimed at supporting practice changes among health professionals by fostering competency development and reflexivity. More specifically, this paper explores the difference between two

levels of reflexivity (formative and critical) and highlights some implications of each for practice. Data were collected through qualitative interviews with participants from two intervention sites. Results showed that involvement in the HPL prompted many participants to modify their vision of their practice and professional role, indicating an impact on reflexivity. In many cases, new understandings seem to have played a formative function in enabling participants to improve their practice and their role as health promoters. The reflective process also served a critical function culminating in a social and moral understanding of the impacts on society of the professionals' practices and roles. This type of outcome is greatly desired in health promotion, given the social justice and equity concerns of this field of practice. By redefining the theoretical concept of reflexivity on two levels and discussing their impacts on practice, this study supports the usefulness of both levels of reflexivity.

Keywords

Health promoters; Continuing education; Critical reflection; Reflexivity

1. Introduction

In recent decades, reflexivity has received much attention in the professional development literature of many fields. In fact, reflexivity appears crucial for improving professionals' education and practice because it enables professionals to integrate theory and practice, to transform their experience into new learning, and to acquire new skills by building integrated knowledge bases (Mezirow 1990; Jarvis 1992; Wong, Kember et al. 1995; Mann, Gordon et al. 2009). Despite general agreement on its importance for professional development in health promotion, there appears to be no consensus on how to assess either reflexivity itself or the level of reflexivity developed (Wong, Kember et al. 1995; Kember, Jones et al. 1999; Mann, Gordon et al. 2009). Better understanding of reflexivity and its different forms, as well as of their consequences for practice in health promotion, could have

important impacts for the design of educational strategies and professional development programs that build on reflective thinking (Teekman 2000; Mann, Gordon et al. 2009).

In 2009, to facilitate the integration of health promotion into the practices of public health professionals, a team from the Public Health Directorate for Montreal (*Direction de la santé publique de Montréal*, Quebec, Canada) launched an innovative professional development program, the Health Promotion Laboratory (HPL). This project is intended to support professionals in health and social services centres (*Centres de santé et de services sociaux* – CSSS) in the development of health promotion interventions. One specific objective of the program is to foster reflexivity among participants. Building on qualitative interviews with participants ($n = 20$) from two intervention sites, this study aims to analyze the reflexivity outcomes of the HPL and discuss some implications for health promotion practice. Based on a synthesis of literature on reflexivity, the analysis explores reflexivity in the form of new understandings of practice, professional role, and work environment developed by participants in the program. The analysis also distinguishes between two levels of reflexivity developed among participants (formative and critical) and highlights some implications of each for practice. Formative reflexivity allows the professional to make sense of concrete situations and to identify knowledge applicable in practice, with the aim of improving practice. Critical reflexivity questions the premises of practice as well as power, social, and moral issues that underlie the practice, which is a crucial issue for health promotion given the social justice and equity concerns of this field.

2. Literature review

2.1 What is reflexivity?

Because reflection is an important component of professionals' education and training programs in many disciplines (Mann, Gordon et al. 2009), the literature devoted to it spans several academic areas—such as education, nursing, and psychology—and proposes different definitions and usages of related terms (Bolam and Chamberlain 2003; Issitt 2003; Mann, Gordon et al. 2009). Reflective practice, a concept mostly articulated by Schön (1984), is a

kind of reflection applied in a professional context and upon practice. Reflective practice goes further than reflection by implying that reflection is not only a mental event but has to be reinvested in action to address complex problems or situations of practice (Bleakly, 1999). Reflexivity, for its part, is most often conceived as being closely linked with reflective practice, since both are associated with approaches to improve professional practice, and the terms are sometimes used interchangeably (D'Cruz, Gillingham et al. 2007; Delany and Watkin 2009). Although there is no single definition of reflexivity, in this paper it is conceived as an intentional intellectual activity in which individuals explore or examine a situation, an issue, or a particular object on the basis of their past experiences to develop new understandings that will ultimately influence their actions (Dewey 1910; Mezirow 1981; Boud, Keogh et al. 1985; Mezirow 1990; Mezirow 1991; Kember, Jones et al. 1999; Kember 2001; Delany and Watkin 2009; Mann, Gordon et al. 2009). In a professional context, reflexivity challenges the practices, roles, beliefs, and values of practitioners and promotes learning and redevelopment of practice (Bolam and Chamberlain 2003).

2.2 Iterative and vertical dimensions of reflexivity

Several models and theories have tried to define and conceptualize reflexivity. According to Mann et al. (2009), these can be organized around two dimensions: (1) an *iterative* dimension, emphasizing the renewing process of reflexivity; and (2) a *vertical* dimension, relating to different levels of reflection on experience. Among the models defining reflexivity as an iterative process, Schön's reflective practitioner model is certainly one of the most well-known. Schön saw reflective learning as a spiralling process in which the practitioner goes through specific phases: **assessment**, formulating a first understanding of a new and problematic situation; **action**, testing this understanding and its implications in the field; and **reassessment**, revisiting the terms of the problem, looking at it critically and proposing a new theory and its practical consequences (Schön 1984; Schön 1987). Models organized around a **vertical** dimension focus on different levels of reflection on experience (Mann, Gordon et al. 2009). For instance, Mezirow's model depicts different levels, each involving greater reflective activity and demonstrating a progression: habitual action,

thoughtful action and understanding, reflection, and critical reflection (Mezirow 1991). There is, in fact, an abundance of ‘vertical models’ conceptualizing different levels of reflection (e.g. Dewey 1910; Boud, Keogh et al. 1985; Mezirow 1991). These can be summarized broadly into two levels that many authors have more or less formally identified, which involve improvement of practice or its critical examination.

2.3 Two broad levels of reflection

According to Teekman (2000), who explored reflective thinking in nursing practice, the literature highlights two types of reflective exercises: 1) those aimed at refining and improving practices (**reflective thinking for learning**) and 2) those used to question the underlying dynamics and premises of practice (**reflective thinking for critical inquiry**). The first, which is more pragmatic, is an effective strategy to make sense of concrete situations and to develop practical knowledge and skills applicable in professional situations (Teekman 2000). The second is more interrogative and consists in questioning the power and political dynamics that underlie the practice, as well as moral and ethical issues linked to practice (Teekman 2000).

This distinction is similar to that made by Bolam and Chamberlain (2003), inspired by Danziger (Danziger 1997), which differentiates between **light** and **dark reflexivity** in the context of health psychology practice. Light reflexivity involves acknowledging and reflecting on the practitioner’s role and considering the influence of the practitioner’s values and personal characteristics on his practice. This type of reflexivity works to improve practices. Dark reflexivity, on the other hand, involves a deeper level of reflection on practice and on its fundamental premises, raising questions regarding the interests they serve, as well as “consideration of the power, politics and ethics underlying practice” (Bolam and Chamberlain 2003: 217).

In Argyris’ distinction between **single-loop** and **double-loop learning** (Argyris and Schön 1978; Argyris 1982), we again see these two types of reflection. Single-loop learning refers to situations where, in their practice, professionals detect errors in their knowledge, their understanding of a situation, the information they possess, etc. This kind of reflection allows

them to identify these errors, correct them, and solve practical problems. “The single-loop level adopts means-end thinking” (Hong and Choi 2011: 699); at this level, goals, values, and frameworks are taken for granted and the focus is on techniques and improvement of techniques (Usher and Bryant 1989). Double-loop learning, on the other hand, involves more critical reflection and is concerned with questioning goals, criteria, and frameworks. Professionals demonstrating this kind of learning detect and correct errors in ways that involve modifying assumptions, values, and espoused theories relative to their practice (Argyris and Schön 1978; Argyris 1982; Usher and Bryant 1989; Cunliffe 2004; Hong and Choi 2011). In interpreting Argyris’ and Schön’s work, some authors (Greenwood 1998) consider that the double-loop level includes reflection on social structures and their redesign by practices: “double-loop learning therefore involves reflection on values and norms and, by implication, the social structures which were instrumental in their development and which render them meaningful” (Greenwood 1998: 1049).

Two broad conceptions of reflection and reflexivity emerge from this review, serving different purposes. The first, which could be called **formative reflexivity**, consists in an examination of the professional’s experiences and technical skills in order to make sense of concrete situations and to identify knowledge applicable in practice. This kind of reflexivity is used to improve practice within a system that is taken for granted and unchallenged. The second type of reflexivity, which could be called **critical reflexivity**, questions assumptions, power, and moral issues underlying practice “in relation to its contribution to a just and humane society” (Issitt 2003: 177). This kind of reflexivity is aimed at raising the professional’s awareness and critical conscience from a broad social system perspective. Critical reflexivity operates mainly from the perspective of critical theory, which is aimed at freeing people by deconstructing hierarchies of knowledge and power through critical analysis of knowledge and practice (Guba 1990; Guba and Lincoln 1994; Delany and Watkin 2009). This study builds on these two categories to assess the levels of reflexivity developed among participants in the program.

3. The program

In 2009, the Public Health Directorate for Montreal (PHDM) designed an innovative professional development program, the Health Promotion Laboratory (HPL).²⁵ This project was conceived in response to concerns expressed after the 2004 healthcare reform in Quebec, which attributed new public health responsibilities, including a health promotion mandate, to health and social services centres (CSSSs) (Beaudet, Richard et al. 2011). The HPL, combining competencies development, reflective practice, and team learning, brings health professionals and managers together around a specific health promotion issue. The purpose of the HPL is to support, innovatively and flexibly, the multidisciplinary CSSS teams working on particular issues (e.g. organizational health, student retention), so that they can improve and develop new health promotion practices. The program's development was based on a review of the literature in the fields of organizational and professional change, as well as on the tacit and experiential knowledge of the public health professionals who were its architects. The program's promoters targeted four specific objectives:

- (1) build new ways to address local public health issues by means of health promotion interventions;
- (2) develop a reflective practice;
- (3) broaden professional competencies;
- (4) initiate organizational changes that facilitate the adoption of new health promotion practices.

Concretely, each HPL team consists of approximately ten participants from different backgrounds who have voluntarily enrolled in the HPL. The program's operational approach involves three-hour team meetings every two weeks for two to three years. The meetings take place during the participants' normal working hours; employees are freed up by the CSSS so they can participate. This protected expanse of three hours bi-weekly is a firmly negotiated condition of CSSSs' participation in the program. During the process, the team is guided, supported, and oriented by mentors from the PHDM. The HPL has no ready-made underlying

²⁵ For a more detailed description of the intervention and its approach, see: (Tremblay, Brousselle et al. 2013)

formula, such that the approach taken is adapted to the team's situation and needs. The iterative operational process suggested to the teams by the mentors is divided into seven phases:

- (1) In Phase 1, the participating CSSS identifies a particular public health problem (designated as the “issue”) and a team ready to work on this problem.
- (2) In Phase 2, the team involved in the laboratory takes ownership of the proposed operational process and identifies and discusses actions to overcome constraints on their availability and to optimize incentives for participating in the laboratory.
- (3) In Phase 3, team members are encouraged to acquire the basic concepts of public health through reading, discussions, exercises to understand the links between practices and concepts, etc.
- (4) In Phase 4, the team explores, collects, analyzes, and interprets data on the health of the population in their territory to identify the specific angle from which they want to address the issue.
- (5) In Phase 5, team members explore and discuss various options for interventions to address the issue from the chosen angle and then collectively decide on a project.
- (6) In Phase 6, the team sets up partnerships with community stakeholders affected by the health promotion intervention that will be developed.
- (7) Finally, in Phase 7, the team develops a logic model of the intervention and the intervention instruments, and sets up a multisectoral coordinating committee with the partners. The laboratory then culminates in the implementation of the project, which is the health promotion intervention developed.

Specific activities targeting the development of reflexivity are spread throughout the approach. In particular, group discussions about readings, sharing of the participants' experience, drawing lessons from these activities, and applying learning to concrete practice cases are meant to spark reflexive questioning among participants of their professional practices and roles. In addition, the whole program builds on the problem-based learning approach to develop reflexivity among professionals. Partnerships with actors in other sectors

are also a means of comparing and considering stakeholders' different perspectives and understandings.

4. Methods

4.1 Research design

The findings presented in this paper are part of a larger evaluative project on the Health Promotion Laboratory that aims to analyze, amongst others, the outcomes of the HPL related to reflexivity and learning. Results are based on qualitative interviewing. Participant selection, data collection, and data analysis are described in the following sections. Full ethical approvals were sought and obtained from the Public Health Directorate for Montreal and University of Montreal Ethics Committees.

4.2 Sites and participants selection

In this study, the participants were the members of the HPL teams of two CSSSs in the Montreal area (sites A and B). The teams consisted on average of 10 professionals and managers at different levels and were multidisciplinary (e.g. health promotion advisor, community organizer, dental hygienist, occupational hygienist, physician, nurse, social worker, specialized educator). The teams chose different health promotion issues to work on (site A, organizational health; site B, student retention). At the time of data collection, these two laboratories were the first to have been implemented and were therefore the most advanced in the process, with one year of implementation; other sites were in planning or in very early stages of implementation. The two sites were therefore selected on the basis of their availability and the feasibility of collecting the data. Since their HPLs had been in operation for a year, we posited that enough time had elapsed to see some results and proceeded with data collection at that time, rather than waiting to measure the effects only at the end of the process, which could extend over two to three years.

After one year of implementation, all regular participants of the two laboratories (site A = 9; site B = 9) were invited to join the study. As the selection was designed to represent the

participants of the program, the only inclusion criterion was to have been part of the HPL team for at least six months at the time of the interviews. In addition, middle and senior managers from each site (site A = 2; site B = 2) who supervised the team and were expected to participate occasionally in the laboratories were interviewed. Only one professional declined to participate due to lack of time for the interview (site A). Also, one of the interviews with a senior manager was discarded because the participant felt insufficiently knowledgeable about the laboratory to answer the interview questions (site A). Thus, the final number of participants was 20 (site A = 9; site B = 11).

4.3 Data collection

Qualitative interviews focused on outcomes of the HPL in terms of learning and development of reflexivity. Open-ended questions were used to investigate what participants had learned from the laboratory, as well as changes (if any) in their understandings of their practice, professional role, and work environment that they attributed to participation in the laboratory. The interview grid was pre-tested with participants from other laboratories that were not included in the study.

4.4 Data analysis

The analysis was aimed at determining whether the HPL participants had developed reflexivity with regard to different aspects of their professional experience and, if so, of what kind? The analytic process was based on directed content analysis and pattern matching in regard of the theoretical categories developed. For this, we used coding schemes based on categories emerging from the literature. Reflexivity was assessed by new understandings of practice, professional role, and work environment, which we conceived as three important dimensions of professional experience that can be the objects of reflexivity. More importantly, the participant had to have attributed the new understandings to the laboratory experience. Another analytic question was related to the function of reflexivity, namely formative or critical. Formative and critical reflexivity categories were defined based on the literature synthesis (see Table I).

Table II. Category definitions for formative and critical reflexivity

| Type | Definition |
|-----------------------|--|
| Formative reflexivity | Examines practice experiences and situations as well as technical skills of the professional, allowing the professional to make sense of concrete situations and to identify knowledge applicable in practice, with the aim of improving practice. |
| Critical reflexivity | Questions the premises of practice as well as power, social, and moral issues that underlie the practice, allowing the professional to raise his critical awareness, with the aim of investing the professional in a system change process. |

All interviews were audiorecorded and transcribed verbatim. NVivo 8 software was used to analyze the interviews. The transcribed interviews were organized in a database, and answers to the interviews were first grouped into understandings of practice, professional role, and work environment. Those understandings were then classified as reflective (i.e., demonstrating a change in understanding attributable to the HPL), non-reflective (i.e., demonstrating absence of any change in understanding) or neutral (i.e., simple understanding of the practice, which is neither indicative of a change nor of the absence of change). Then, the reflective understandings were further analyzed according to the formative and critical reflexivity categories defined in Table 1. For each category, specific themes were identified through core consistencies and meanings in responses.

In preparation for coding, two members of the research team worked together to agree on the coding and adjust the codebook. Coding was mainly performed by one coder; a reliability test was done with the second coder to ensure validity of the coding scheme and consistency of the analysis. The reliability test was based on coding of 10% of the sample (two interviews randomly chosen from sites A and B) independently performed by the coders. Reliability indices were calculated using NVivo 8 software and were satisfactory, based on a benchmark set at 70% of agreement between coders. Coding disparities were explored and resolved by consensus between the two coders.

5. Results

5.1 Reflexivity outcomes

As mentioned, there is agreement in the literature that reflexivity is revealed by new perceptions and understandings of the professional experience (Boud, Keogh et al. 1985; Mezirow 1990; Wong, Kember et al. 1995). As such, our analysis of the interviews sought to highlight changes in the HPL participants' understandings of their **practice**, **role**, and **work environment**, three important dimensions of the professional experience. Results were generally consistent across sites and revealed critical changes in most of the participants' understandings of practice and role (although not of work environment), suggesting an impact on reflexivity. Below, we present examples of changed (or unchanged) understandings related to these three areas.

First, many answers demonstrated that participants of both HPLs had developed new or broader visions of their **practice** and of the field as a consequence of their participation, as illustrated in the two narratives below²⁶:

SA_1: "It's not so much about how to do it [practice], but more about how I think of it fundamentally, how I see our mission, how it can be broadened." ²⁷

SA_4: "Now, when I go into a place, I'm much more open to these considerations... It's in the way I see things on the ground... I'm still going to factories where I've gone for ten years, but now I'm starting to see them differently..."

With regard to understanding of the professional **role**, a smaller number of participants' answers showed that a new vision was developed through the HPL, as in this narrative:

SA_7: "The laboratory has allowed me to reframe the context and the wider issues around my professional role. And now I think that, in that respect, I play my role better."

However, new understandings concerning the **work environment** (CSSS) were almost absent from the participants' answers in both laboratories. Most said participating in the HPL

²⁶ To protect participants' anonymity, the masculine gender has been used in reference to all participants.

²⁷ All interviews were conducted in French and therefore all statements cited in this article have been translated into English.

had not led to their developing a new vision of the CSSS, indicating an absence of reflexivity around this issue. Some participants said their vision of the CSSS did not change because they had been working there for many years:

SA_1: “To change the vision of my CSSS, that’s probably a bit much, because after all, I’ve been working here for 33 years, so I already know my CSSS really well.”

In sum, the results suggest that reflexivity was mainly developed around professional practice and role, as shown by the new understandings and framings of these objects. In refining the analysis, we identified two distinct functions of these new understandings for practice and role: formative and critical functions. In the next sections, we expand upon these two kinds of reflective functions with examples.

5.2 Formative reflexivity

Formative reflexivity relates to developing new visions of professional experience that can help to improve it (Argyris 1982; Teekman 2000; Bolam and Chamberlain 2003). In the interviews, the formative function of new understandings and renewed visions was highlighted by most of the participants in both laboratories and emerged through three strong themes related to either practice or role. In fact, new representations or understandings developed as a result of the HPL allowed participants:

- (1) to change how they conceived of their **habitual action patterns**;
- (2) to develop a more **comprehensive view of their field of practice**, leading to more effective practice;
- (3) to improve how they **performed their role** as health promoter.

First, in the HPL, participants were able to examine their practice and realize that other strategies and types of interventions existed that were not part of their usual action patterns. A participant manager pointed out that the professionals had learned new ways of thinking about issues and solutions:

SB_4: “They’re no longer seeing things just from the perspective of applying a program top-down, but rather, now they’re grasping different aspects of local realities,

and they see there are other types of strategies for action (...). And they realize there isn't only one way to see things."

Some of the other participants' comments also illustrated this point. One professional said that the program allowed him to consider new ways of doing prevention and health promotion besides health education interventions.

SB_5: "Yes, it [the lab] changed how I saw things.... When I talk about prevention and [health] promotion, yes, we think of group interventions, mass interventions, but going beyond that wasn't part of my usual thinking."

Second, new understandings developed in the HPL helped some practitioners to consider their clients more comprehensively, to take into account new aspects of the people they encountered in the context of their work, leading to a more efficient practice. One participant discussed how the HPL, through a discussion about health literacy, changed the way he perceived his clients and affected his practice:

SA_4: "I would go into factory, I would sample the workers. I would set someone up with a pump, he would wear it all day, and I would observe him, taking lots of notes.... But I never noted that he didn't speak French, or didn't understand English.... After that, I would write my report in French, in the technical jargon of industrial hygiene, full of calculations. I always told myself, he won't understand it, but... someone will explain it to him... We should always have asked about it [language] but we never did. It's when we wanted to document the issue [in the HPL] that we realized we didn't know anything about it. (...) So, this preoccupation with looking at our clients differently, that's what I've learned."

Thanks to this new awareness, the team changed its reporting practices. The report now uses colours, charts, and drawings to be more understandable by the worker.

Third, beyond influencing practice, the new understandings emerging from involvement in the HPL also helped participants to better conceive and fine-tune their health promoter role. For instance, reflecting on his professional role gave one participant a more refined and clearer understanding of it, providing him with new arguments to promote his role in the organization:

SA_7: “I would say that [the laboratory] strengthened [my vision of my role]. It reinforced the vision I had and gave me the means to be more persuasive about how I saw it.”

For others, reflecting on their role as health promoter helped them broaden their understanding and reframe their role within a wider action system, pointing them toward action in new directions. A health professional working in a school expressed this particular point:

SB_7: “I find that it [HPL] broadened my vision of what my role could be. I [now] know I can play... a resource role. That’s it, I’m a resource person for the different services available in the community.”

5.3 Critical reflexivity

In reflecting on practice and role, some people also go beyond the formative function of the exercise and begin critically questioning the premises of their practice and social issues related to it. The new understandings arising from this process can be linked to critical reflexivity (Argyris 1982; Teekman 2000; Bolam and Chamberlain 2003). In this study, critical reflexivity was present in a smaller number of cases and developed around two themes related to practice and role. In fact, it appeared that critical reflexivity allowed some participants from both laboratories:

- (1) to develop **new understandings of their practice** linked to **power, social justice, and moral issues**;
- (2) to develop **new understandings of their role** relating to **moral and social concerns**.

First, reflecting on their practice raised some participants’ level of social consciousness. One participant explained that, as a result of the HPL, he developed new social justice and moral concerns linked to his clients’ situations:

SA_4: “Before, I was doing prevention: the welder has to turn on the ventilation. But, the welder doesn’t speak French, so he’ll always remain a welder. He’ll never become team leader because he doesn’t speak French.... it’s impossible for him to improve his situation.... He’s not just a welder, he’s also someone who’s got a life outside of his

work and who can have health problems related to the conditions of his life, like the fact that he doesn't speak French, or other problems affecting social inclusion, which could lead to other health outcomes... So, this preoccupation with looking at our clients differently, it's new for me.... I'm not here [now] just to measure the worker's exposure level.... I have to know a little more about his living conditions. Like, asking myself, has this guy finished high school? Will he be here in 100 years? Is he doomed to do this boring work all his life? I'm asking myself this kind of thing more now than I did before."

Second, reflecting on their role modified some participants' understandings of it. Some now had a different perspective on what they did in the context of their work, relating to a more social and moral vision of their role. One participant noted that the new understandings he developed from his taking part in the HPL changed how he perceived the consequences of his actions, giving him a more social vision of them:

SB_5: "For instance, when I do a prevention project, which for me used to be just something that one school needed at a particular moment, now I look at it more as something aimed at improving the population as a whole. I begin with a point, but ... now I see broader outcomes, larger scale effects."

Another participant pointed out that taking part in the HPL changed the underlying purpose of his acts. In this case, his professional consciousness seemed to have broadened into a social consciousness.

SB_6 : "Yes, to some extent [participating in the laboratory has somewhat modified my vision of my role], in that I'm interested in becoming more involved...in other committees. Not only as a professional, but also as an individual. Because every individual, I think, shares in the responsibility for school children and for all the children of the province.... I think that in my work I can make a difference to a child: if he has good health, he can do better in school.... So yes, after the laboratory I see my role differently, maybe. I think I'm more personally involved now. Before, it was only professional, now I think I see it differently."

6. Discussion

Our results showed that taking part in the HPL led many participants to modify their vision of their practice and professional role, indicating an impact on reflexivity (see Table II). However, we should recall that their new understandings concerned especially professional

practice and role; while our analysis postulated new understandings in those two areas and the work environment, in fact, almost no changes were seen in the latter. This may be due to the fact that HPL activities focused more on practice than on context of practice. Another explanation could be that, since the work environment relates more directly to systemic aspects of practice, it is not easily modifiable by the professional. Reflecting on improving the work environment (CSSS) may in fact involve more critical reflection on how to change the system, an issue not often tackled by the participants.

Table II. Summary of the findings

| Concept | Definition and functions, <i>from theory</i> and from the findings |
|------------------------------|---|
| <i>Reflexivity</i> | <p><i>New representations and understandings of practice, professional role and work environment.</i></p> <p>Modified vision and understanding of participants' practice and professional role.</p> |
| <i>Formative reflexivity</i> | <p><i>Examines practice experiences and situations as well as technical skills of the professional, allowing the professional to make sense of concrete situations and to identify knowledge applicable in practice, with the aim of improving practice.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. New understanding of habitual action patterns, adding new potential action strategies to their repertory. 2. New vision of the practice field, leading to a more effective practice. 3. New understanding of the professional role, leading to improvement in how the role is played. |
| <i>Critical reflexivity</i> | <p><i>Questions the premises of practice as well as power, social and moral issues that underlie the practice, allowing the professional to raise his critical awareness, with the aim to invest the professional in a system change process.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. New understanding of the practice linked to power, social justice and moral issue. 2. New understanding of the role relating to moral and social concerns. |

In general, our results provide strong support for the theory developed in this study. Thus, in many cases, new understandings seem to have played a formative function in allowing participants to improve their practice and role. In a few rare instances, the reflective process took on a critical function, culminating in a social and moral understanding of the impact on society of the professional's practice and role. While the first function relates mostly to improving the professional's work, the second rather concerns his potential contribution to a more equitable, socially healthy society. This distinction recalls the one drawn by Bolam and Chamberlain, in which light reflexivity "may work to improve best

practice within currently accepted boundaries” (Bolam and Chamberlain 2003: 217) and dark reflexivity works to challenge the existing practices of the whole system.

In this study, the formative and critical reflexivity categories were first conceived as a scale on a vertical dimension model, in line with models presented in the literature review (Mann et al., 2009). Generally, the findings support this conclusion and demonstrate that deeper levels, being more difficult to reach, are in fact less frequently reached. Formative reflexivity seems to consist in a first, easily attainable level, where the professional reflects on what he is doing and how to improve it. Almost all participants from the two laboratories were able to reframe and reconceive their understanding of their practice, and to a lesser extent, their role. Critical reflexivity, in contrast, appears to be a reflection level more difficult to reach; in our cases, fewer participants were able to question their practice and role in relation to broader issues. We recognize that these categories could also fit within an iterative process model (Mann et al., 2009), in which the professional first examines his professional experience with the aim of improving it and then, within this reflection process, start to become aware of how his practice and role are framed inside a predetermined system, and how they relate to social, ethical, and moral issues created by this system. Consequently, the progression through formative and then critical levels could also be conceived as an evolution through a process. Our results also support this hypothesis, since most of the participants who reached the critical level had also gone through a process of formative reflexivity.

Formative reflexivity is a valuable tool that could be used to stimulate innovation and performance in health promotion practice, which faces complex challenges in improving population health status. In fact, in health promotion, reflexivity “... potentially can lead to the creativity, new ways of thinking and skill development that multidisciplinary partnerships to promote health and wellbeing and professional training require” (Issitt 2003: 177). However, while formative reflexivity is a useful exercise that should be part of every mindful health promoter’s practice, it should always be accompanied by critical reflexivity. In fact, critical reflexivity, as a process for assessing the impact of practice on social dynamics, has the potential to transform the practitioner into an engaged and invested social actor and to promote societal change (Bolam and Chamberlain 2003; Issitt 2003). Health promoters, in particular,

because they deal with health determinants and power imbalances that create both health and sickness, should take up this critical reflexivity head-on in order to reframe their practice and role from a broader perspective. Thus, critical reflexivity is greatly desired in health promotion, given the social justice and equity concerns of this field of practice.

7. Validity and limitations of the study

In qualitative designs, a study's trustworthiness is often a function of credibility (internal validity), transferability (external validity), and dependability (reliability) (Lincoln and Guba 1985; Yin 2009). In this study, we employed several means to ensure trustworthiness. First, the credibility of the findings was supported in several ways. The researcher was engaged with the PHDM program team from the start of the implementation process in order to develop a deep, comprehensive understanding of the subject. Individual summaries of each interview were drafted by the researcher and validated by participants to ensure the researcher's understanding of their answers accurately reflected participants' thinking. In addition, the interpretation of results was validated by participants through a group meeting where results were presented and discussed. With regard to transferability, this study was conducted with a view to analytical generalization, where a particular set of results is generalized to a theory and not to a broader population (Pires 1997; Yin 2009). Finally, as explained earlier, the dependability of coding was satisfactorily validated by a second coder.

However, this study may suffer from some limitations, and results must be interpreted in this context. First, participants in qualitative interviews are subject to memory bias, which could impede their capacity to identify clearly any changes in their understanding (our participants, for instance, were required to recall their thinking from a year before). While this is an unavoidable weakness of this type of methodology, we may at least assume this memory bias was similar in both sites. In addition, a social desirability bias, introduced when interviewees say what they believe the interviewer wants to hear, can also interfere with the results. To address this challenge, the interviewer strove to maintain neutrality throughout the interview process. Finally, it is possible, although unlikely, that other factors outside the HPL

program stimulated a renewal of the participants' understandings and visions of their practice and role. Nevertheless, qualitative interviews are considered the most appropriate means of collecting data on social actors' experience and perceptions (Poupart, 1997).

8. Conclusion

Reflexivity is of particular importance to the education of professionals, as it has the potential to transform experience into new learning. The Health Promotion Laboratory is a professional development program that builds, in particular, on reflexivity to foster learning and practice change in health promotion. This study explored short-term reflexivity outcomes of the HPL in the form of new understandings of practice, professional role, and work environment developed by 20 participants of the program. Results revealed that, after one year, participants' understandings and visions of their practices and roles were thoroughly modified. Some of these new understandings seem to have played a formative function in allowing participants to improve their practice and their role as health promoters. Other new understandings attributed to the HPL could have played a critical function, by highlighting the impacts on society of professionals' practices and roles, which is a crucial issue for the health promotion field. By exploring a concept of reflexivity redefined on two levels (formative and critical) and discussing the impact of both types on practice for health promoters, this study provides some support of the usefulness of such a distinction. In conclusion, the findings highlight the need for greater concern about the kind of reflexivity targeted in health promotion professional development as well as the need to include activities fostering the development of both kinds of reflexivity in education and training programs.

Chapitre 8

Chapitre 8. Discussion

Cette thèse consiste en l'évaluation d'un programme de développement professionnel en santé publique, le Laboratoire de promotion de la santé. Elle s'inscrit dans la foulée de la recherche interventionnelle en santé publique, qui implique l'utilisation des méthodes scientifiques afin de produire des connaissances en regard des interventions et des politiques qui ont un effet potentiel sur la santé des populations (Hawe and Potvin 2009). Plus spécifiquement, on peut la rapporter à un type de recherche interventionnelle évaluative, visant à produire un jugement sur une intervention ou une politique par l'utilisation des méthodes scientifiques (Hawe and Potvin 2009). En tant que recherche évaluative, elle a donc pour but de combler les lacunes de l'étude du développement professionnel en santé publique, tout en répondant de façon utile à des besoins spécifiques de la pratique.

De façon générale, cette thèse, qui repose sur trois types de questionnement évaluatif, a mis à jour trois résultats principaux. Premièrement, l'évaluation de la théorie d'intervention, grâce à l'approche de l'analyse logique, a permis de juger que le modèle du Laboratoire est généralement bien construit pour arriver aux résultats visés, malgré quelques améliorations possibles (Article 1). Par exemple, il apparaît que le programme gagnerait à spécifier dès le départ des résultats concrets pour l'individu et l'organisation, ainsi qu'à simplifier par exemplification son modèle et son approche, afin de faciliter l'apprentissage des professionnels et des organisations participantes. Deuxièmement, l'évaluation du processus d'apprentissage de deux équipes engagées dans le Laboratoire a fait apparaître des processus d'apprentissage très différents, bien que conditionnés par des facteurs communs liés aux caractéristiques des participants, de l'équipe, du contexte organisationnel et de l'implantation du programme (Article 2). Cette analyse démontre que le coeur du processus d'apprentissage d'équipe se situe dans la compréhension commune du processus développée par l'équipe, et suggère aux promoteurs des pistes d'action pour agir sur cette compréhension à travers le soutien offert aux équipes et les modalités d'implantation du programme. Troisièmement, l'évaluation des effets a établi que, tel que visé, la participation au programme durant un an avait permis à plusieurs participants de modifier de façon réflexive leurs représentations de

leur pratique et de leur rôle professionnel (Article 3). La réflexivité développée à travers le programme semble jouer un rôle formatif en regard de l'amélioration de la pratique professionnelle, ou un rôle critique en regard de l'évaluation des impacts de la pratique sur la société, permettant alors de stimuler l'engagement social du praticien de santé publique. En somme, les trois types de questionnement abordés dans cette thèse offrent une vision riche et globale du programme, de sa théorie, de ses processus et de certains de ses effets. Ils suggèrent des leviers potentiels pour améliorer le modèle du programme, faciliter son implantation dans les CSSS, et augmenter ses effets réflexifs auprès des professionnels participants.

La discussion qui suit a pour but de décrire plus en détails les principaux résultats de la thèse et de souligner leurs divers types de contribution (empirique, théorique et méthodologique), de proposer une réflexion sur la façon dont les résultats se nourrissent et se complètent mutuellement, ainsi que de pointer les forces, les défis et les limites de l'étude.

8.1 Synthèse et contribution des résultats

8.1.1 Contribution empirique

Les résultats mis à jour dans le cadre de cette thèse de doctorat permettent de dresser un portrait général du programme évalué, le Laboratoire de promotion de la santé. Ces résultats proposent certaines pistes pour l'amélioration du programme et offrent en ce sens une contribution unique et immédiate au développement professionnel dans le cadre du Laboratoire de promotion de la santé, ainsi qu'à la pratique du développement professionnel en santé publique.

Premièrement, l'évaluation de la théorie d'intervention (Article 1), grâce à l'approche de l'analyse logique, a permis de juger que le modèle du Laboratoire est généralement bien construit pour arriver aux résultats visés (c'est-à-dire, le développement de compétences et de réflexivité chez les participants, le changement organisationnel). Certaines améliorations peuvent néanmoins être suggérées en regard de la conceptualisation du programme. Si la pertinence des thèmes du Laboratoire, la flexibilité de sa démarche et son ancrage dans la

pratique des professionnels sont des forces évidentes pour favoriser l'apprentissage des professionnels, le programme pourrait toutefois souffrir de la grande imprécision de sa démarche et de son manque de clarté en regard des résultats visés. À ce niveau, quelques balises concrètes gagneraient à être identifiées, telles que les compétences particulières que le programme vise à développer chez les participants, par exemple. Par ailleurs, il semble que le programme ait pratiquement tout pour permettre le développement d'une certaine réflexivité chez les participants, à savoir une variété d'activités favorisant la réflexion sur la pratique, le soutien d'un petit groupe de pairs et l'allocation d'un espace-temps spécifique à la réflexion (les séances de laboratoire). En outre, la pertinence du programme en regard des besoins des CSSS, son adaptabilité potentielle aux réalités locales et ses caractéristiques facilitant l'intégration dans le CSSS ont des chances réelles de produire un véritable changement organisationnel. Cependant, à ce niveau aussi, la complexité du programme et sa difficulté à spécifier dès le départ des résultats concrets pour l'organisation restent des éléments potentiellement compromettants. En essence, malgré l'absence initiale d'une démarche systématique de planification, il s'avère que la conceptualisation du Laboratoire a visé assez juste.

Deuxièmement, l'évaluation des processus d'apprentissage de deux équipes engagées dans le Laboratoire (Article 2) a permis de mettre à jour deux processus d'apprentissage très différents, bien que conditionnés par des facteurs communs, liés aux caractéristiques des participants, de l'équipe, du contexte organisationnel et de l'implantation du programme. Les résultats de cette évaluation laissent entre autres transparaître l'importance que revêt la compréhension commune du processus développée par l'équipe, ainsi que les activités de partage et de diffusion des connaissances dans l'organisation. Ce faisant, l'analyse des processus d'apprentissage et de leurs facteurs influants propose certains leviers et suggère quelques pistes d'amélioration à l'équipe des promoteurs du programme. Ainsi, cette analyse souligne l'importance d'obtenir des paramètres initiaux propices à l'apprentissage d'équipe, en choisissant, par exemple, des participants et des contextes organisationnels disposés au changement (participants ouverts et disponibles, contexte organisationnel facilitant l'adaptation). Néanmoins, le principal levier des promoteurs se situe au cœur de l'implantation

du programme lui-même et dans le soutien offert à cette implantation. Ainsi, un accompagnement flexible mais dirigé de la part de la DSPM a toutes les chances de favoriser le développement d'une forte dynamique d'animation au sein de l'équipe et concurrentement, d'une compréhension commune claire du processus d'apprentissage. De plus, l'accompagnement a tout intérêt à soutenir les activités de diffusion des apprentissages et de mobilisation des autres équipes, parce que ces activités semblent favoriser une réflexion sur le processus lui-même, facilitant du même coup la création d'une compréhension commune du processus d'apprentissage. La construction de cette vision commune apparaît en effet comme l'un des facteurs les plus cruciaux du processus d'apprentissage du Laboratoire, car lié de près à la capacité des équipes à s'engager dans chacune des étapes de l'apprentissage.

Troisièmement, l'évaluation des effets (Article 3) a pour sa part révélé que, tel que visé, la participation au programme durant un an avait permis à plusieurs participants de modifier leur compréhension de leur pratique et de leur rôle professionnel, indiquant un impact sur la réflexivité. Toutefois, l'analyse a démontré que ces changements concernent majoritairement les représentations de la pratique et du rôle professionnel, alors que les représentations de l'environnement de travail restent pour la plupart inchangées, suggérant ainsi une plus grande difficulté des participants à questionner les aspects plus systémiques de l'expérience professionnelle. Des activités permettant de stimuler l'examen et le questionnement de l'environnement de travail (CSSS) pourraient ainsi être ajoutées au programme. Les résultats témoignent en outre de l'émergence de deux types de réflexivité chez les participants, une réflexivité dite formative permettant l'amélioration des pratiques, et plus rarement, une réflexivité dite critique permettant un questionnement éthique et moral de l'impact des pratiques sur la société. À ce niveau, les promoteurs devraient favoriser des activités qui stimulent le développement de l'une et l'autre forme de réflexivité, puisqu'elles jouent toutes deux un rôle crucial pour le praticien de santé publique.

Jugement général sur le programme

En somme, le Laboratoire de promotion de la santé apparaît comme un programme de développement professionnel pertinent et utile afin de favoriser un changement de pratique à

l'échelle des professionnels, des équipes et des organisations en santé publique. Toutefois, il faut reconnaître que les configurations adoptées par le programme et les processus de production d'effets sont grandement tributaires des caractéristiques des milieux d'implantation (CSSS et équipe spécifique). Ceux tentés de reprendre ce modèle dans d'autres contextes devront en respecter les composantes clés et les conditions essentielles pour s'assurer du succès du programme. Ainsi, suivant les résultats de cette thèse, **l'approche d'apprentissage par équipe**, basée notamment sur un questionnement réflexif et la résolution d'un problème concret de la pratique, est un élément clé du programme, car permettant d'initier de nouvelles pratiques à l'échelle de l'équipe, de favoriser le développement de la réflexivité personnelle et de promouvoir le changement organisationnel. De plus, il semble crucial de **spécifier de façon claire les objectifs** du programme ainsi que la démarche opérationnelle empruntée pour atteindre ces objectifs, afin de faciliter la démarche d'apprentissage des participants et de l'équipe. Par ailleurs, l'attribution d'un **espace-temps spécifique**, durant lequel les participants sont non seulement libérés mais aussi exemptés de leur charge de travail, apparaît comme une composante vitale du Laboratoire. En outre, l'utilisation des **canaux de communication** formels et informels de l'organisation et la mise sur pied d'**activités de diffusion et de mobilisation** semblent jouer un rôle critique pour le succès de l'approche. Enfin, il faut reconnaître les particularités du milieu d'implantation que représentent les CSSS. Ainsi, les visées du Laboratoire visent à soutenir la mise en oeuvre du plan d'action local des CSSS, ce qui a pu faciliter l'adhésion des organisations et des participants. De plus, on ne peut passer sous silence les liens hiérarchiques entre la DSPM, promoteur du programme et palier de gouverne régionale, avec les CSSS, milieu d'implantation du programme et palier de gouverne local de la santé publique. Certains aspects de la participation des CSSS et du mentorat par la DSPM ont pu être affectés par cette relation asymétrique.

Utilisation des résultats de l'évaluation

Tel que mentionné précédemment, cette thèse s'ancre dans une démarche évaluative centrée sur l'utilisation, ce qui signifie qu'elle vise à rendre les résultats pertinents aux yeux des principaux utilisateurs (Patton 2008), soit l'équipe des promoteurs du programme. Il est

donc opportun ici de présenter quelques formes d'utilisation des résultats par l'équipe. Toutefois, remarquons que l'utilisation des résultats est un processus qui se réalise sur une large échelle de temps. En effet, il appert que l'utilisation des résultats de recherche ne s'opère pas ponctuellement à un moment particulier, mais prend plutôt la forme d'un processus continu et graduel permettant de réduire l'incertitude chez un décideur dans un contexte social donné (Patton 2008). De ce fait, on peut penser que certaines formes d'utilisation des résultats ont toujours cours présentement ou apparaîtront dans le futur.

Premièrement, tel qu'attendu, l'équipe du programme a fait une utilisation instrumentale des résultats de cette thèse, en reprennant certaines des recommandations de l'évaluation pour modifier de façon directe et spécifique le modèle et l'implantation du Laboratoire. Par exemple, suite à l'évaluation de la théorie d'intervention et à l'évaluation des processus, la disponibilité (mentale et physique) des participants est apparue comme un élément clé de l'implantation du Laboratoire, car influant grandement sur leur engagement et leur participation dans le processus. Cela a amené les promoteurs à réfléchir sur des moyens d'assurer la disponibilité des participants avec les gestionnaires des CSSS concernés. Par ailleurs, l'évaluation des processus a entre autres permis de souligner le rôle crucial joué par le développement d'une compréhension commune du processus d'apprentissage dans l'équipe. L'équipe des accompagnateurs en est présentement à réfléchir à des façons de faire concrètes pour encourager et soutenir le développement de cette vision collective du processus d'apprentissage.

Deuxièmement, une utilisation conceptuelle des résultats peut également être relevée. Ce type d'utilisation fait des résultats de l'évaluation des connaissances intégrées à la compréhension générale de l'intervention (Champagne, Contandriopoulos et al. 2011). Ainsi, la construction du modèle logique du programme, dans le sillon de l'évaluation de la théorie d'intervention, a généré une réflexion importante au sein de l'équipe sur les buts du programme, ses éléments clé et ses processus. Le portrait du programme, brossé quelque peu différemment à travers chacune des évaluations, participe également de l'évolution de la compréhension générale de l'équipe quant au Laboratoire et à son fonctionnement.

Troisièmement, on remarque qu'une forme d'utilisation stratégique des résultats est faite par les promoteurs. L'utilisation stratégique des résultats d'évaluation soutient « des décisions antérieures à propos d'un problème qui touche des acteurs et des intérêts multiples » (Champagne, Contandriopoulos et al. 2011: 286). Ainsi, l'évaluation de la théorie d'intervention du programme a permis de conforter les promoteurs dans leurs choix interventionnels, tels que celui de miser sur l'approche d'apprentissage par équipe ancré dans la résolution d'un problème concret et le questionnement réflexif. En outre, l'évaluation des effets proximaux du programme (effets sur la réflexivité des participants), qui confirme le programme dans l'atteinte de certains de ses buts, a pu être utilisée comme preuve de l'efficacité du programme, dans un contexte institutionnel hautement politique. Enfin, les publications scientifiques qui résultent de cette thèse sont parfois utilisées par les promoteurs comme des outils promotionnels/persuasifs auprès des CSSS intéressés à implanter le programme ou d'autres organisations intéressées à mettre en place une approche similaire.

8.1.2 Contribution théorique et méthodologique

De façon également importante, les résultats qui émergent de cette thèse offrent une contribution théorique et méthodologique à l'étude du développement professionnel en santé publique.

Premièrement, l'examen de la littérature concernant le développement professionnel en santé publique a mis en relief le fait que les savoirs scientifiques sont peu intégrés dans la conceptualisation de ce type d'initiatives. De fait, plusieurs auteurs appellent à une conceptualisation plus systématique et informée de ces programmes, reposant notamment sur les derniers savoirs dans les domaines de l'apprentissage de l'adulte, de la pratique réflexive et des formes plus collaboratives d'apprentissage (Tilson and Gebbie 2004; Tilson and Berkowitz 2006; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Webster-Wright 2009; Koo and Miner 2010). Dans ce contexte, un cadre évaluatif permettant l'analyse des ressources et des activités d'un programme sur la base des résultats attendus est plus que nécessaire (Gotway

Crawford, Summerfelt et al. 2009). L'évaluation de la théorie d'intervention du programme (Article 1) a trouvé en l'analyse logique une méthode utile pour renforcer la base théorique d'une intervention de développement professionnel. L'adoption d'une telle approche pourrait permettre de systématiser l'offre variée de développement professionnel en santé publique, et d'améliorer conséquemment la capacité de sa main-d'oeuvre à affronter les défis de la pratique. Le fait que l'analyse logique puisse être guidée par une finalité formative, qu'elle s'appuie sur une méthodologie détaillée et qu'elle nécessite peu de ressources sont définitivement des avantages justifiant son adoption. Néanmoins, cette approche gagnerait à impliquer davantage les différentes parties prenantes dans le processus et à capitaliser sur d'autres types de savoirs (e.g. professionnels, expérientiels), afin d'en faire un exercice d'évaluation riche, participatif et relativiste. En outre, on ne relève à ce jour aucun article scientifique relatant l'évaluation de la théorie d'intervention d'un programme de développement professionnel en promotion de la santé, faisant de cette évaluation une contribution originale à la littérature dans ce domaine.

Deuxièmement, il apparaît que l'implantation des programmes de développement professionnel et leur processus de production d'effet sont peu étudiés, y compris dans le domaine de la santé publique où ce type d'évaluation est pour ainsi dire absent de la littérature scientifique (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009). Ainsi, l'évaluation de ces initiatives reste le plus souvent confinée à l'évaluation d'impact et d'effets, excluant l'analyse contingente des processus et des conditions menant aux résultats observés (King and Rowe 1999; Offenbeek 2001; Braithwaite, Westbrook et al. 2009). Dans ce contexte, une contribution essentielle de cette thèse est de s'intéresser aux processus d'apprentissage d'équipe (Article 2) et non pas exclusivement aux résultats de ces processus, offrant par le fait même un portrait compréhensif des dynamiques à l'œuvre dans ces processus et des facteurs qui les influencent. De plus, le développement professionnel, focalisant sur l'apprenant individuel, est le plus souvent conceptualisé au niveau individuel, ne prenant pas en compte la dimension interactionnelle, sociale et située de l'apprentissage (Webster-Wright 2009; Mathieu and Tesluk 2010). Ceci est surprenant, compte tenu du potentiel des approches d'apprentissage collaboratif à favoriser le développement professionnel et organisationnel

(Yorks, Marsick et al. 2003; Lemieux-Charles and McGuire 2006; Mallinson, Popay et al. 2006; Nicolini, Powell et al. 2008; Braithwaite, Westbrook et al. 2009; Ceraso, Gruebling et al. 2011; Thistlethwaite 2012). Ce faisant, l'Article 2 a également le mérite de capitaliser sur les perspectives de l'apprentissage d'équipe afin de théoriser le développement professionnel dans le cadre du Laboratoire. Si les résultats de l'évaluation des processus ont permis de valider les résultats d'études antérieures concernant l'effet de variables individuelles, groupales et organisationnelles sur l'apprentissage d'équipe, ils apportent en outre une contribution particulière à la littérature dans ce domaine. Ainsi, les résultats soulignent l'importance particulière que revêt la construction et l'articulation par l'équipe d'une compréhension commune du processus, un état émergent aussi appelé 'modèle mental partagé' dans la littérature. Suivant l'analyse, ce facteur joue un rôle crucial et proximal dans le processus d'apprentissage de l'équipe, car lié de près à la facilité avec laquelle l'équipe s'engage dans chacune des étapes du processus. En effet, située au centre d'une boucle de rétroaction, la compréhension commune du processus favorise l'engagement de l'équipe et permet une solide dynamique d'animation des séances, ce qui alimente en retour le développement de cette vision commune. Par ailleurs, une autre contribution spécifique de l'analyse est de concevoir les activités de diffusion de l'information et de mobilisation non pas comme de simples mécanismes de gestion de l'information, mais plutôt comme des intrants essentiels du processus d'apprentissage parce que nourrissant l'articulation d'une vision collective de la démarche. En somme, le rôle déterminant joué par ces deux facteurs (compréhension commune du processus et activités de diffusion et de mobilisation) réitère l'importance de la réflexion sur le processus ainsi que le questionnement systématique et continu de la démarche d'apprentissage par l'équipe.

Troisièmement, suivant la littérature, il apparaît que les effets des programmes de développement professionnel sont très peu évalués autrement qu'à travers la satisfaction des participants quant à la formation reçue (Guskey 2000; Muijs and Lindsay 2008). De plus, la conceptualisation de la réflexivité et des apprentissages réflexifs développés à la suite de la participation à ce type de programme ne font pas objets de consensus dans la littérature sur le développement professionnel, malgré l'importance grandissante attribuée à ces thèmes (Wong,

Kember et al. 1995; Kember, Jones et al. 1999; Mann, Gordon et al. 2009). Cette thèse a donc comme mérite de proposer une approche afin d'explorer les effets réflexifs d'un programme de développement professionnel à partir de la perspective des participants, ainsi que de présenter une catégorisation des types de réflexivité et leurs implications pour la pratique (Article 3). Les résultats de l'évaluation des effets soutiennent la catégorisation établie et mettent en lumière différentes fonctions de la réflexivité. Ainsi, à un premier niveau, le questionnement réflexif mené dans le Laboratoire a joué un rôle formatif en permettant aux participants d'améliorer leur pratique et leur rôle professionnel. À un second et plus rare niveau, l'exercice réflexif adopte une fonction critique qui culmine dans une représentation éthique et morale de l'impact de la pratique et du rôle professionnel sur la société. Ce type de réflexivité peut être perçue comme plus risquée parce qu'elle implique de questionner et de confronter son système professionnel, ce qui inclut bien souvent ses employeurs. En santé publique, et plus particulièrement en promotion de la santé, le premier type de réflexivité est utile pour stimuler le renouvellement des pratiques et trouver de nouvelles solutions aux problèmes complexes de la pratique. La réflexivité critique a quant à elle le pouvoir de transformer le praticien en un acteur social engagé, grâce à une prise de conscience des enjeux moraux, sociaux et des dynamiques de pouvoir qui sous-tendent sa pratique.

8.2 Articulation des résultats

Tous ces résultats peuvent être conçus comme interdépendants, articulés par la démarche évaluative générale de la thèse. Ainsi, dans l'Article 1, l'évaluation de la théorie d'intervention du programme à travers l'identification de ses composantes essentielles et de ses conditions cruciales a permis de spécifier les conditions selon lesquelles se réalisent les processus et les effets étudiés dans les Articles 2 et 3. De plus, les processus d'apprentissage d'équipe analysés dans l'Article 2 sont fortement tributaires des apprentissages individuels abordés dans l'Article 3. En effet, l'apprentissage d'équipe est le plus souvent considéré comme un pivot entre les niveaux d'apprentissage individuel et organisationnel, capitalisant sur la synergie des apprentissages individuels pour transcender ceux-ci (Yorks, Marsick et al.

2003; Wilson, Goodman et al. 2007). « Collective learning is fundamentally rooted in the processes and outcomes of individual learning – teams and organizations don't learn, individuals do – but individual learning can combine in different ways and emerge as different forms of collective learning » (Kozlowski, Chao et al. 2010: 370). Ainsi, les organisations apprenantes sont composées d'équipes qui apprennent, elles-mêmes composées d'individus qui apprennent en synergie et de façon dialectique (Decuyper, Dochya et al. 2010). En somme, dans le cadre du Laboratoire de promotion de la santé, les processus d'apprentissage d'équipe (Article 2) se sont développés concurremment à l'apprentissage réflexif des participants au niveau individuel (Article 3). La mesure dans laquelle ces changements et apprentissages seront diffusés et maintenus dans l'organisation dépend en outre de facteurs situés à un niveau plus organisationnel (Article 1).

Cette vision multiniveaux de l'apprentissage est absolument essentielle pour comprendre les processus et les effets du développement professionnel en milieu organisationnel. Certains auteurs ont d'ailleurs formulé des cadres conceptuels qui reconnaissent l'efficacité d'un programme de formation comme le résultat d'une confluence de facteurs situés à différents niveaux d'analyse (Kozlowski, Chao et al. 2010; Mathieu and Tesluk 2010). Ces modèles reposent sur une posture analytique complexe et multiniveaux qui stipule que, pour bien comprendre un phénomène d'intérêt, il faut s'intéresser aux influences qui émanent des niveaux plus micro et plus macro que celui du point focal (Hackman 2003). « In short, the effectiveness of training is a by-product of influences that cut across different levels of analysis » (Mathieu and Tesluk 2010: 408).

D'une autre façon, on peut établir des liens entre les résultats mis à jour par l'étude de l'apprentissage au niveau des équipes (Article 2) et celle de l'apprentissage réflexif au niveau des participants (Article 3). Ainsi, les résultats de l'Article 2 soulignent l'importance du développement d'une compréhension commune du processus pour l'apprentissage d'équipe. Or, ce facteur, qui renvoie à une forme de réflexion et de questionnement autour du processus d'apprentissage de l'équipe, n'est pas loin de ce qui pourrait être considéré comme une forme groupale de réflexivité, thème exploré par l'évaluation des effets dans l'Article 3. En effet, selon West (1996: 559), la réflexivité d'équipe renvoie à « the extent to which team members

overtly reflect upon the group's objectives, strategies, and processes and adapt them to current of anticipated endogenous or environmental circumstances ». De même, la réflexivité et l'apprentissage organisationnel sont des concepts qui partagent plusieurs similarités. Plus particulièrement, il semble que la réflexivité de type formatif soit similaire à l'apprentissage organisationnel en simple boucle, alors que la réflexivité critique pourrait être assimilée d'une certaine façon à l'apprentissage organisationnel en double boucle. En effet, la réflexivité formative se matérialise par l'examen des expériences professionnelles et des compétences techniques, de façon à permettre l'amélioration des pratiques à l'intérieur d'un système qui reste inquestionné (Teekman 2000; Bolam and Chamberlain 2003). De la même façon, l'apprentissage en simple boucle permet à une organisation de détecter et de corriger des erreurs pour agir sur une situation, sans remettre en cause les buts, les valeurs et les théories organisationnels (Argyris and Schön 1978; Usher and Bryant 1989). Par contraste, la réflexivité critique prend comme point de départ le système de pratique en questionnant ses prémisses, ses dynamiques et ses enjeux moraux, éthiques et de pouvoir (Teekman 2000; Bolam and Chamberlain 2003; Issitt 2003). Or, c'est à travers l'investigation critique des prémisses et des valeurs du système par les individus dans l'organisation que survient l'apprentissage organisationnel en double boucle, qui permet des changements véritables par la modification de la théorie d'usage de l'organisation (Argyris and Schön 1978; Argyris and Schön 2002). « Double-loop learning involves interrogating the governing variables themselves and often involves radical changes such as the wholesale revision of systems, alterations in strategy and so on. » (Smith 2001).

À l'échelle du groupe, l'articulation continue et le questionnement des buts de l'équipe, de sa démarche et de son projet peuvent s'apparenter au questionnement réflexif (West 1996). Ce faisant, la réflexivité apparaît comme une composante essentielle de l'apprentissage autant individuel, groupal qu'organisationnel : au niveau formatif, elle permet l'amélioration incrémentale des pratiques individuelles et de l'organisation, alors qu'au niveau critique, elle remet en question les fondements même de l'expérience (de l'individu, de l'équipe, de l'organisation) et favorise ainsi l'innovation véritable par la transformation du système. De fait, plusieurs auteurs des sciences organisationnelles qui se sont intéressés à cette

question mettent en relief l'importance de la réflexivité pour favoriser l'innovation dans les équipes et les organisations (De Dreu 2002; Tjosvold, Tang et al. 2004; Hoegl and Parboteeah 2006). Certains pointent également le fait que la réflexivité doit s'accompagner de buts communs entre les membres de l'équipe pour être réellement productive (Tjosvold, Tang et al. 2004). À l'échelle organisationnelle, la réflexivité est conçue comme une caractéristique inhérente à l'organisation apprenante, qui s'adapte continuellement au changement de son environnement (Boud, Cressey et al. 2005).

8.3 Forces, défis et limites de la thèse

8.3.1 Forces

Cette thèse présente certaines caractéristiques qui la démarquent des autres études dans le champ. Ainsi, une des principales forces de cette thèse réside dans son approche d'évaluation intégrée du programme. En effet, l'évaluation comprend trois questions spécifiques qui couvrent autant d'aspects interreliés du programme, soit sa conceptualisation, ses processus et ses effets. Compte tenu de la grande rareté des efforts d'évaluation des programmes de développement professionnel en santé publique (Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009; Koo and Miner 2010), ce projet évaluatif est d'autant plus remarquable qu'il contient à la fois trois types d'évaluation.

Une autre des particularités de cette thèse consiste en la prise en compte de plusieurs niveaux d'apprentissage (individuel, d'équipe, organisationnel) à travers la juxtaposition de différentes perspectives théoriques. Cette juxtaposition est intéressante parce que le développement professionnel est souvent, et à tort, conceptualisé de façon traditionnelle comme une activité ponctuelle permettant de livrer des contenus éducationnels à un individu, et omet de ce fait la dimension interactionnelle, sociale et située de l'apprentissage (Webster-Wright 2009; Mathieu and Tesluk 2010). Cette thèse déborde la perspective individuelle pour intégrer les savoirs et les théories de l'apprentissage aux niveaux meso et organisationnel.

Ainsi, la prise en compte de l'un ou de plusieurs des niveaux d'apprentissage par chacune des questions est définitivement une force.

Au niveau méthodologique, il ne fait pas de doute que cette thèse profite de l'immersion intensive de la chercheuse dans l'équipe même des promoteurs de la DSPM et de son engagement prolongé dans les sites d'implantation du programme (A et B). Cette intégration dans le milieu de pratique lui aura permis de développer une compréhension riche et profonde de ce programme complexe, de ses origines et de ses cibles, de ses processus et de ses mécanismes causaux. Elle aura également permis à l'évaluatrice-chercheuse de s'engager de façon continue dans l'amélioration du programme et de faciliter l'utilisation des résultats de l'évaluation. L'engagement prolongé du chercheur dans un milieu et l'observation persistante sont souvent considérés comme des façons d'accroître la validité des résultats, puisque permettant au chercheur de bien comprendre le contexte dans lequel se situe le programme, de développer une compréhension profonde des différents mécanismes étudiés, de détecter et de prendre en compte certaines distorsions dans les données recueillies, ainsi que de construire des liens de confiance avec les acteurs sociaux concernés (Lincoln and Guba 1985).

Enfin, les résultats de cette thèse sont riches de divers types de triangulation qui en augmentent la validité : triangulation des données, des analystes, des théories (Patton 1999; Denzin 2006). Ainsi, la superposition de données de diverses sources a permis de développer une compréhension plus profonde des objets étudiés. La triangulation des analystes (mise à contribution de co-codeur, d'informateurs-clés, et des participants pour réviser les analyses et les résultats) permet quant à elle d'outre-passer les biais de perception sélective du chercheur, d'illuminer les points nébuleux de l'analyse, et de prendre en compte différentes explications et façons de concevoir les données (Patton 1999; Denzin 2006; Yin 2009). L'emploi de plusieurs perspectives théoriques en concomitance (triangulation des théories) pour définir les principaux concepts observés ainsi que pour interpréter les résultats permet en outre d'augmenter la validité de construit et d'enrichir l'analyse (Patton 1999; Denzin 2006; Yin 2009). Finalement, l'utilisation de plusieurs cas pour répondre à certaines questions permet d'accroître le potentiel de généralisation analytique des conclusions (Pires 1997; Yin 2009).

8.3.2 Défis

La volatilité des programmes sociaux

Cette étude a aussi rencontré quelques défis, propres à la recherche interventionnelle et évaluative. Tout d'abord, un des premiers défis rencontrés réside dans la nature évolutive du programme évalué. « One of the most challenging aspects of program evaluation is the continually changing decision-making milieu of the social programs that are evaluated. In particular, the resources, priorities, and relative influence of the various sponsors and stakeholders of social programs are dynamics » (Rossi, Freeman et al. 1998: 28). Ainsi, il apparaît de plus en plus clairement que les programmes sociaux sont des systèmes dynamiques sans réalité prédéfinie qui évoluent dans le temps et l'espace, au fil de leurs interactions avec l'environnement et les acteurs impliqués (Potvin, Bilodeau et al. 2008). Dans ce contexte, il devient alors difficile d'établir une représentation statique et durable du programme évalué, un exercice pourtant nécessaire à celui de l'évaluation (Potvin, Bilodeau et al. 2008). « Il est donc crucial pour une modélisation de l'objet d'évaluation de tenir compte de cette évolution afin de minimiser le risque d'attribuer des résultats à un programme 'idéalisé', différent de celui qui a opéré les changements observés. » (Potvin, Bilodeau et al. 2008: 16).

Cette thèse s'est heurtée au défi d'évaluer un programme de développement professionnel évolutif et adaptatif. Ainsi, non seulement a-t-il été donné à la chercheuse d'observer au fil du temps des modifications dans les composantes objectives du programme lui-même (par exemple, changement dans l'énoncé des volets de la démarche opérationnelle), mais également dans les représentations que l'équipe de la DSPM se faisait du programme (par exemple, interprétation différente des objectifs de départ du programme). Ces modifications résultent de l'adaptation du programme aux réalités locales des milieux d'implantation, de certaines contingences politiques et logistiques, d'une définition évolutive du programme en fonction de l'implication de nouveaux partenaires et acteurs, etc. Bien que cruciaux pour la survie et l'efficacité du programme, ces changements ont eu pour effet de compliquer l'évaluation (Potvin, Bilodeau et al. 2008). De surcroît, de façon concomitante avec l'évolution du programme, les besoins évaluatifs des promoteurs se sont modifiés,

amoindrissant quelque peu l'impact anticipé des résultats et leur potentiel d'utilisation par l'équipe.

Ce défi particulier a été souligné par certains écrits récents de la littérature en évaluation de programme, faisant naître du même coup de nouvelles approches évaluatives. Par exemple, Patton a développé une approche d'évaluation collaborative et basée sur l'utilisation, l'évaluation développementale, qui vise précisément à soutenir en temps réel l'évolution continue des programmes sociaux complexes et novateurs en s'adaptant à leur dynamique changeante et leur modèle émergent (Patton 2006; Patton 2008; Patton 2011). Pour ce faire, Patton suggère entre autres l'intégration de l'évaluateur dans l'équipe du programme, un processus de collecte de données et d'analyse en continue, ainsi que l'adaptation du modèle de l'intervention et de l'évaluation au développement du projet et aux nouvelles représentations émergentes. Cette thèse s'est inspirée de ces écrits afin de définir un mode d'action en regard de l'évolution du programme.

Ainsi, pour surmonter ce défi, la chercheuse a : (1) défini et validé une représentation du programme (modèle logique) en collaboration avec l'équipe de la DSPM; (2) adapté cette représentation au fil de l'évolution du programme, tout en tentant de préserver une certaine continuité grâce à l'identification des composantes fondamentales du programme; (3) ajusté conséquemment l'évaluation aux nouvelles représentations émergentes. Par exemple, à un certain moment, les objectifs de l'évaluation ont été légèrement modifiés en réponse aux conceptions changeantes du programme. Ainsi, parce qu'il devenait évident que le nœud du programme se situait au niveau groupal, ce sont les processus d'apprentissage d'équipe, plutôt qu'individuels, qui ont été visés par l'analyse. En évaluation qualitative, une telle flexibilité du devis est souvent conçue comme inhérente à la démarche d'investigation : « A qualitative design needs to remain sufficiently open and flexible to permit exploration of whatever the phenomenon under study offers for inquiry » (Patton 2002: 255).

Intégration des postures scientifique de la recherche et pragmatique de l'évaluation

Par ailleurs, un autre défi spécifique à la recherche évaluative concerne l'intégration des postures scientifique de la recherche et pragmatique de l'évaluation. En effet, si la

recherche vise à produire des connaissances qui rencontrent les standards scientifiques, l'évaluation vise pour sa part à produire un maximum d'informations utiles pour les décideurs en regard de leur besoins (Rossi, et al., 1998). Dans ce contexte, réconcilier les deux types de démarches n'est pas nécessairement évident. Ainsi,

« (...) evaluations should meet high standards of scientific research quality *and* be fully dedicated to serving the information needs of program decision makers. The problem, of course, is that in practice these two goals are not especially compatible. In particular, social research at high scientific standards generally requires resources that exceed what is available in the typical program evaluation context. » (Rossi, Freeman et al. 1998: 29)

Les difficultés liées à l'arrimage de la recherche et de l'évaluation peuvent être envisagées de diverses façons. Premièrement, les rôles et positions de l'évaluateur et du chercheur peuvent être difficiles à réconcilier, puisqu'il existe un certain paradoxe entre la poursuite de la scientificité dans la production des connaissances et la nécessité de construire un jugement sur un objet (Thiebaut, Brousselle et al. 2011). Deuxièmement, les temporalités des processus d'évaluation et de la recherche sont distinctes, ce qui complique leur réconciliation (Rey, Tremblay et al. 2013). D'un côté, les chercheurs visent à analyser et à comprendre une situation particulière sur la base d'un processus rigoureux et souvent extensif. De l'autre, les acteurs et les décideurs des milieux de pratique tentent de résoudre des problèmes en des temps record. En outre, la recherche scientifique oblige quelquefois à structurer l'investigation d'une façon qui ne correspond pas tout à fait aux perspectives des promoteurs du programme (Rossi, Freeman et al. 1998; Rey, Tremblay et al. 2013).

Dans cette thèse, l'équipe de la DSPM souhaitait obtenir des données factuelles et utilisables pour ajuster l'implantation du programme en temps réel. Toutefois, les données nécessaires à ce type de rétroaction sont différentes de celles nécessaires à une analyse profonde des processus d'apprentissage d'équipe et des facteurs qui les influencent. De fait, la collecte de données nécessaire à l'analyse théorique (scientifique) est beaucoup plus inclusive que la rétroaction en continue et utilise plusieurs types de sources de données, qui ne sont pas forcément disponibles au moment même de l'implantation de l'intervention (ex. bilan interne du programme après un an, journaux de bord des accompagnateurs, etc).

Pour juguler ce défi, la chercheuse a mené concurrement deux types de démarche durant la première année de son implication avec l'équipe : (1) une démarche scientifique de recherche, décrite dans cette thèse; (2) une démarche d'évaluation plus consultante, basée sur l'approche de l'évaluation développementale²⁸. Tel que mentionné précédemment, l'évaluation développementale utilise une importante composante de rétroaction basée sur processus de collecte et d'analyse en continue pour guider le développement de l'intervention (Patton 2006; Patton 2008; Patton 2011). La mise en place de cette démarche s'est matérialisée principalement par le truchement de 'l'espace évaluation', un mécanisme de rétroaction sous forme de *focus groups* avec les participants à la fin de certaines séances de laboratoire. Lors de ces échanges, l'évaluatrice-chercheuse était à même de faire un suivi concernant le déroulement du Laboratoire et d'identifier certaines barrières ou aspects facilitant l'implantation du programme. Les données émanant de ces échanges étaient ensuite rapidement retournées à l'équipe de la DSPM, dans le but d'assurer l'amélioration constante et de soutenir l'implantation du Laboratoire. Ces données ont également contribué à nourrir l'analyse scientifique des processus d'apprentissage de l'équipe. En somme, durant la première année, deux types de démarches ont été menées de front avec des buts différents, les deux se recoupant en certains points mais pas entièrement (Rey, Tremblay et al. 2013).

8.3.3 Limites

Cette thèse présente certaines limites qui ont pour la plupart été discutées brièvement dans chacun des articles. La section qui suit vise à les résumer principalement sous deux types : celles liées au questionnement évaluatif général de cette thèse, et celles attribuables aux devis, aux sources de données et aux stratégies de collecte.

²⁸ Démarche décrite entre autres dans l'article en Annexe II de cette thèse. Initialement conçue comme partie prenante de la thèse, cette démarche d'évaluation développementale plus consultante a graduellement été distinguée de celle de la thèse. Pour plus d'informations, voir Rey, Tremblay et Brouselle, (2013).

Limites liées aux questionnements évaluatifs

Les choix généraux qui ont été fait dans cette thèse en limitent quelque peu la portée. Par exemple, les trois niveaux d'apprentissage ne sont pas parfaitement imbriqués à travers les différentes questions évaluatives. Ainsi, il aurait été avantageux dans l'Article 1 d'étudier en profondeur les composantes essentielles du programme et les conditions nécessaires à l'apprentissage individuel, d'équipe et organisationnel, puis d'analyser empiriquement tous ces processus dans l'Article 2, pour enfin interroger les effets réels du programme à tous ces niveaux dans l'Article 3. Une telle démarche aurait offert des résultats intégrés à tous points de vue et extrêmement riches autant pour l'intervention que pour la théorie. Or, cela aurait nécessité une très grande quantité de temps, et paraissait irréaliste dans l'espace d'une thèse de doctorat. Certains choix quant aux objets d'étude ont en outre été faits sur la base de leur faisabilité. Par exemple, parce que le programme implique une démarche extensive dans le temps (de deux à trois ans), les processus d'apprentissage d'équipe ont été étudiés durant la première année de l'implantation seulement, conçue comme une période critique pour la mise en place du programme dans les équipes. Ce choix méthodologique porte toutefois flanc à la critique. De fait, les deux équipes ont cheminé à leur propre rythme et la façon dont elles ont évolué durant la première année n'est pas nécessairement représentative de l'ensemble du processus d'apprentissage, qui s'étend sur deux à trois ans. De la même façon, l'évaluation des résultats aurait été avantageusement menée à la fin de la mise en œuvre du programme.

Limites liées aux devis, aux cas sélectionnés, ainsi qu'aux stratégies de collecte de données

Les différentes démarches d'investigation et devis qui ont été choisis pour répondre à chacune des questions évaluatives présentent certaines limites. Par exemple, l'évaluation de la théorie d'intervention par le moyen de l'analyse logique aurait pu impliquer différents types de savoirs, tels que ceux issus de l'expérience professionnelle, non seulement dans la définition du modèle logique du programme comme c'est le cas ici, mais aussi dans la formulation d'un cadre conceptuel analytique. Ensuite, dans l'évaluation des processus, l'utilisation d'un plus grand nombre de cas (d'autres équipes de Laboratoire) aurait permis une réplification théorique plus robuste des résultats (Yin 2009). Enfin, l'évaluation des effets aurait

pu bénéficier d'une structure de preuve comparative (Gauthier 2004) où les représentations des participants auraient été comparées au début et à la fin de la mise en œuvre du programme.

Par ailleurs, la procédure de sélection des cas (*opportunistic sampling*), notamment dans le cadre de l'évaluation des processus, est susceptible de limiter la généralisation théorique potentielle des résultats de cette thèse. Ainsi, les équipes sélectionnées sont issues des premiers CSSS ayant accepté d'implanter le programme, qui se définissent ainsi comme des premiers adoptants. Ceux-ci sont susceptibles de présenter des caractéristiques différentes des autres organisations, telles que, par exemple, une culture organisationnelle plus ouverte au changement et à l'innovation, une structure moins conventionnelle et hiérarchique, une capacité réflexive plus grande. Il importe toutefois de faire une mise au point : les résultats des études de cas doivent être conçus comme généralisables à des propositions théoriques, et non à des populations ou à des univers empiriques semblables (Yin 2009). Dans ce contexte, l'explication théorique construite et raffinée tout au long de l'analyse est utilisée comme un gabarit à l'aune duquel comparer les résultats empiriques des multiples cas à l'étude. Si la réplication a lieu dans tous les sites, la généralisation théorique est alors considérée comme plus robuste. Ce faisant, dans cette thèse, le choix d'unités présentant des caractéristiques différentes a des implications certaines pour la généralisation de la théorie développée.

En outre, les différentes sources de données présentent également quelques faiblesses qui limitent la portée des résultats. Premièrement, parce que les entrevues qualitatives ont été menées un an après le début du Laboratoire, il est possible que les participants aient été sujets à des biais de mémoire durant l'entrevue (Yin 2009), nuisant à leur capacité d'identifier des changements dans leurs représentations initiales ou affectant la description globale de l'expérience vécue au cours du Laboratoire. Il s'agit d'une faiblesse inévitable de ce type de méthodologie, mais compte tenu de la similarité des participants et de la procédure suivie, on peut assumer que ce biais est constant dans les deux sites. De plus, dans le cas de l'évaluation des processus, d'autres sources de données ont été triangulées avec les réponses des entrevues, permettant de contrôler ce biais. Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale, suivant lequel les participants répondent de façon à plaire à l'interviewer, a pu interférer avec les résultats (Yin 2009). Pour contenir ce biais, l'interviewer a tenté de maintenir une attitude neutre tout au

long de l'entretien. Deuxièmement, en regard de l'observation participante, il est possible que les comportements des participants aient été influencés par la présence de la chercheure durant les séances de Laboratoire. Toutefois, les observations ont permis à la chercheure de développer une compréhension particulièrement riche du fonctionnement du Laboratoire et des dynamiques à l'oeuvre dans les équipes. Troisièmement, bien qu'ils constituent une source de données riche et inobstructive, certains types de documents, tels que les journaux de bord des accompagnateurs, ne sont pas homogènes pour les deux sites et varient au gré des auteurs. Pour palier cette lacune, plusieurs types de documents ont été collectés dans chaque site. Finalement, on dénote quelques données manquantes pour plusieurs des stratégies de collecte de données utilisées (collecte documentaire, entrevues qualitatives, *focus group*). Nous croyons néanmoins que la grande variété de stratégies utilisées de façon complémentaire sur une longue période de temps permet de compenser pour cette faiblesse.

Chapitre 9

Chapitre 9. Conclusion

Au cours des dernières années, avec l'arrivée de l'Agence de la santé publique du Canada, les Centres de collaboration nationale en santé publique et le développement du réseau national des écoles de santé publique, un nombre croissant de programmes de formation et d'accréditation spécifiquement orientés vers la santé publique ont fait leur apparition au Canada (Moloughney and Skinner 2006; Public Health Agency of Canada 2011). Ces programmes éducationnels, offrant souvent une formation orientée vers les compétences essentielles du champ ainsi qu'une composante pratique dans un milieu de santé publique, laissent espérer l'arrivée prochaine d'une main-d'œuvre de mieux en mieux préparée à faire face aux problèmes complexes de ce domaine. Néanmoins, le changement est inhérent à l'état de santé des populations et des défis inédits, tels que des transitions épidémiologiques importantes, l'émergence de nouvelles pandémies mondiales ou des changements climatiques globaux, feront surface et exigeront une réponse adéquate de la part des praticiens (Beaglehole and Dal Poz 2003). C'est ici qu'une structure organisée de développement professionnel, qui prend racine dans la recherche et la littérature scientifique, revêt une grande importance pour favoriser la capacité d'adaptation de la main-d'œuvre.

Cette thèse constitue un effort extensif d'évaluation d'un programme de développement professionnel en santé publique. Les résultats mis à jour soulignent entre autres : (1) le potentiel que représente l'évaluation de la théorie d'intervention pour améliorer la conceptualisation d'un programme de développement professionnel; (2) l'intérêt et la pertinence d'évaluer les processus d'apprentissage au niveau de l'équipe dans le cadre d'une approche collaborative de développement professionnel; ainsi que (3) l'importance de l'apprentissage réflexif pour l'amélioration des pratiques et l'engagement social des professionnels.

Les résultats de cette thèse ouvrent aussi la voie à de nouvelles avenues quant à la pratique et la recherche dans le domaine du développement professionnel en santé publique. Ainsi, il apparaît plus que nécessaire d'intégrer dans la conceptualisation de ces programmes les savoirs scientifiques issus de l'éducation de l'adulte, de l'éducation basée sur les

compétences, de l'apprentissage réflexif, de l'apprentissage collaboratif en équipe et de l'apprentissage organisationnel. Dans ce contexte, des approches scientifiques d'évaluation basée sur la théorie (*theory-based evaluation*), telles que la revue réaliste ou l'analyse logique, ont un rôle potentiel à jouer pour s'assurer que les programmes sont bien conçus pour atteindre les résultats visés. Néanmoins, ces approches devraient systématiquement s'ancrer dans une démarche collaborative d'évaluation qui mobilise l'évaluateur dans les toutes premières phases de la conception du programme, de façon à s'assurer que les produits de l'évaluation sont bien réinvestis dans la conception de l'intervention. À cet effet, la recherche apparaît aussi comme ayant un rôle crucial à jouer avant même la conception de l'intervention, pour arrimer les besoins de la main-d'œuvre et les buts du programme.

Par ailleurs, il importe maintenant de reconnaître comme désuète la conception traditionnelle du développement professionnel centrée sur l'apprenant et décontextualisé. Bien qu'en général, les programmes soient maintenant plus flexibles, interactifs et ancrés dans la pratique, plusieurs empruntent toujours une forme épisodique où l'information est livrée de façon didactique et désengagée (Webster-Wright 2009). À cet effet, les communautés de pratique, envisagées comme des outils d'apprentissage professionnel et organisationnel, offrent des promesses intéressantes pour imaginer de nouvelles formes de développement professionnel (Li, Grimshaw et al. 2009; Bentley, Browman et al. 2010). De fait, autant dans la pratique que dans l'évaluation du développement professionnel, l'intégration d'un autre ordre de théories, prenant en compte les niveaux groupal et organisationnel de l'apprentissage, apparaît comme une nécessité. « Nevertheless, it appears beneficial to expand upon the typical micro focus of training investigations and to incorporate important contextual factors » (Mathieu and Tesluk 2010: 433). L'adoption d'une perspective complexe et multiniveaux paraît ainsi cruciale pour bien comprendre le développement professionnel et les facteurs qui le facilitent ou l'inhibent. De plus, la recherche devrait s'attarder à l'étude des façons les plus efficaces de catalyser ces processus, à tous les niveaux.

En outre, les résultats de cette thèse renforcent la pertinence d'une approche basée sur la réflexivité pour promouvoir le développement professionnel. Ils pointent aussi l'importance de rechercher les façons les plus efficaces de stimuler des questionnements réflexifs chez les

professionnels permettant d'atteindre les niveaux les plus profonds de réflexivité. L'étude des conditions organisationnelles qui permettent et facilitent ces questionnements est aussi à envisager. Une autre avenue de recherche intéressante consiste dans l'étude du rôle de la réflexivité en regard de l'apprentissage individuel, d'équipe et organisationnel, l'articulation entre ces trois niveaux ainsi que son potentiel à stimuler l'innovation autant chez l'individu que dans le système.

En somme, tous les constats qui découlent de cette thèse orientent vers différentes avenues ayant le potentiel de consolider les capacités de la main-d'œuvre de santé publique, et d'influer conséquemment sur son efficacité à promouvoir la santé des collectivités dans le prochain siècle.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2007). Compétences essentielles en santé publique au Canada. Version 1.0. Département de la main-d'oeuvre de santé publique. Ottawa, Gouvernement du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). "Cours de formation en ligne sur la reconnaissance du bioterrorisme dans un laboratoire de palier 1." Retrieved 27 novembre, 2013, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/tr-fo/biorec-fra.php>.
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). "La vaccination contre la fièvre jaune au Canada - Module de formation en ligne pour les professionnels de la santé qui conseillent les voyageurs." Retrieved 27 novembre, 2013, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/el-mf-fra.php>.
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). "Compétences en ligne." Retrieved 11 novembre, 2013, from http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/about_so-a-propos_cd-fra.php.
- Albrecht, G., S. Freeman, et al. (1998). "Complexity and human health: the case for a transdisciplinary paradigm." *Culture, Medicine and Psychiatry* 22(1): 55-92.
- Alkin, M. C. and C. A. Christie (2005). *Theorists' models in action*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Allegrante, J. P., M. M. Barry, et al. (2009). "Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: the galway consensus conference statement." *Health Education Behaviour* 36(3): 476-482.
- Allegrante, J. P., M. M. Barry, et al. (2009). "Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference." *Health Education & Behavior* 36(3): 427-438.
- Allegrante, J. P., R. W. Moon, et al. (2001). "Continuing-education needs of the currently employed public health education workforce." *American Journal of Public Health* 91(8): 1230-1234.

- Alvaro, C., L. A. Jackson, et al. (2011). "Moving Canadian governmental policies beyond a focus on individual lifestyle: some insights from complexity and critical theories." *Health Promot International* 26(1): 91-99.
- Alvesson, M., C. Hardy, et al. (2008). "Reflecting on reflexivity: Reflexive textual practices in organization and management theory." *Journal of Management Studies* 45(3): 480-501.
- Amodeo, A. R. (2003). "Commentary: developing and retaining a public health workforce for the 21st century: Readiness for a paradigm shift to community-based public health." *Journal of Public Health Management and Practice* 9(6): 500-503.
- Argote, L., D. Gruenfeld, et al. (2001). *Group learning in organizations. Groups at work: Advances in theory and research*. M. E. Turner. New York, Erlbaum: 369-411.
- Argote, L., B. McEvily, et al. (2003). "Managing knowledge in organizations: An integrative framework and review of emerging themes." *Management Science* 49(4): 571-582.
- Argyris, C. (1982). *Reasoning, learning, and action: individual and organizational*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Argyris, C. and D. A. Schön (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, Addison-Wesley.
- Argyris, C. and D. A. Schön (2002). *Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique*. Paris : Bruxelles, De Boeck Université.
- Backer, T. E. and E. M. Rogers (1998). "Diffusion of innovations theory and work-site AIDS programs." *Journal of Health Communication* 3(1): 17-28.
- Bain, A. (1998). "Social defenses against organizational learning." *Human Relations* 51(3): 413-429.
- Barnsley, J., L. Lemieux-Charles, et al. (1998). "Integrating learning into integrated delivery systems." *Health Care Management Review* 23(1): 18-28.
- Battel-Kirk, B., M. M. Barry, et al. (2009). "A review of the international literature on health promotion competencies: Identifying frameworks and core competencies." *Global Health Promotion* 16(2): 12-20.
- Baum, F. (2008). *The new public health*. 3rd edition. Toronto, Oxford University Press.
- Beaglehole, R. and M. R. Dal Poz (2003). "Public health workforce: challenges and policy issues." *Human Resources for Health* 1(4): 1-7.

- Beaudet, N., L. Richard, et al. (2011). "Advancing population-based health-promotion and prevention practice in community-health nursing: Key conditions for change." *Advances in Nursing Science* 34(4): E1-E12.
- Beck, A. J. and M. L. Boulton (2012). "Building an Effective Workforce. A Systematic Review of Public Health Workforce Literature." *American Journal of Preventive Medicine* 42(5S1): S6 -S16.
- Becker, M. H. (1970). "Factors Affecting the Diffusion of Innovation among Health Professionals." *American Journal of Public Health* 60: 294-304.
- Beecher, A., J. Lindemann, et al. (1997). "Use of the educator's portfolio to stimulate reflective practice among medical educators." *Teaching and Learning in Medicine*, 9(1): 56-59.
- Bennett, C. M., K. Lilley, et al. (2010). "Paving Pathways: Shaping the Public Health Workforce through Tertiary Education." *Australian and New Zealand Health Policy* 7(1): 2-11.
- Bentley, C., G. P. Browman, et al. (2010). "Conceptual and practical challenges for implementing the communities of practice model on a national scale - a Canadian cancer control initiative." *BMC Health Services Research* 10(3): 1-8.
- Best, A., D. Stokols, et al. (2003). "An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy." *American Journal of Health Promotion* 18(2): 168-176.
- Bleakley, A. (1999). "From reflective practice to holistic reflexivity." *Studies in Higher Education* 24(3): 315-330.
- Bolam, B. and K. Chamberlain (2003). "Professionalization and reflexivity in critical health psychology practice." *Journal of Health Psychology* 8(2): 215-218.
- Boud, D., P. Cressey, et al. (2005). *Productive reflection at work: Learning for Changing Organisations*. New York, Routledge.
- Boud, D., R. Keogh, et al. (1985). *Reflection: Turning experience into learning*. London, Kogan Page.
- Bourdieu, P. and L. J. D. Wacquant (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago, University of Chicago Press.

- Boutilier, M. and R. Mason (2006). *Le praticien réflexif en promotion de la santé : De la réflexion à la réflexivité. Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives critiques.* M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson and I. Rootman. Québec, Presses de l'Université Laval: 399-420.
- Boutilier, M., R. Mason, et al. (1997). "Community action and reflective practice in health promotion research." *Health Promotion International* 12(1): 69-78.
- Bowditch, J. L. and A. F. Buono (2001). *A primer on organizational behavior* (5th ed.). New York, John Wiley.
- Brahimi, C. (2011). *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec.* Vice-présidence aux affaires scientifiques. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec: 110.
- Braithwaite, J., J. I. Westbrook, et al. (2009). "The development, design, testing, refinement, simulation and application of an evaluation framework for communities of practice and social-professional networks." *BMC Health Services Research* 9(1): 162-180.
- Breslow, L. (1999). "From disease prevention to health promotion." *Journal of the American Medical Association* 281(11): 1030-1033.
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS.* Thèse de PhD, Université de Montréal.
- Breton, M., J. F. Lévesque, et al. (2008). "L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle " *Pratiques et Organisations des Soins* 39(2): 113-124.
- Breton, M., J. F. Lévesque, et al. (2009). "Integrating Public Health into Local Healthcare Governance in Quebec: Challenges in Combining Population and Organization Perspectives." *Healthcare Policy* 4(3): 159-178.
- Brocklehurst, N. J., G. Hook, et al. (2005). "Developing the public health practitioner work force in England: Lessons from theory and practice." *Public Health* 119(11): 995-1002.
- Brousselle, A. and F. Champagne (2011). "Program theory evaluation: Logic analysis." *Evaluation and Program Planning* 34(1): 69-78.

- Brousselle, A., D. Contandriopoulos, et al. (2009). "Using logic analysis to evaluate knowledge transfer initiatives: The case of the research collective on the organization of primary care services." *Evaluation* 15(2): 165-183.
- Bryan, R. L., M. W. Kreuter, et al. (2009). "Integrating adult learning principles into training for public health practice." *Health Promotion Practice* 10(4): 557-563.
- Bunton, R. and G. Macdonald (2004). *Health promotion: disciplines, diversity and developments*. New York, Routledge.
- Burns, T. (1961). *The management of innovation*. London, Tavistock.
- Caffarella, R. S. (2002). *Planning Programs for Adult Learners: A Practical Guide for Educators, Trainers, and Staff Developers*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Campbell, D. T. and J. C. Stanley (1966). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago, Rand McNally.
- Catford, J. (2009). "Advancing the 'science of delivery' of health promotion: not just the 'science of discovery'." *Health Promotion International* 24(1): 1-5.
- Centres de collaboration nationale en santé publique. (2013). "À propos des Centres." Retrieved 27 novembre, 2013, from http://www.nccph.ca/57/e_propos_des_Centres.ccnsp.
- Ceraso, M., K. Gruebling, et al. (2011). "Evaluating community-based public health leadership training." *Journal of Public Health Management and Practice* 17(4): 344-349.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no 39: 37.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). *L'analyse des effets. L'évaluation : concepts et méthodes*. A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). *L'analyse logique. L'évaluation : concepts et méthodes*. A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal: 101-133.

- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). L'analyse de l'implantation. L'évaluation : concepts et méthodes. A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal: 225-248.
- Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, et al. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. L'évaluation : concepts et méthodes. A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal: 35-56.
- Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, et al. (2011). Utiliser l'évaluation. L'évaluation : concepts et méthodes. A. Brousselle, A. Champagne, A. P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal: 277-298.
- Chiocchio, F. (2012). Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé - Cadre conceptuel et inventaire de mesures. Montréal, Canada, Université de Montréal.
- Chiocchio, F. (2012). Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé – Cadre conceptuel et inventaire de mesures. Montréal, Canada, Université de Montréal.
- Chu, I., R. Strand, et al. (2003). "Theories of complexity." *Complexity* 8(3): 19-30.
- Cilliers, P. (2002). *Complexity and postmodernism understanding complex systems*. London: New York, Routledge.
- Clarke, C. L. and J. Wilcockson (2001). "Professional and organizational learning: analysing the relationship with the development of practice." *Journal of Advanced Nursing* 34(2): 264-272.
- Cohen, W. M. and D. A. Levinthal (1990). "Absorptive capacity - A new perspective on learning and innovation." *Administrative Science Quarterly* 35(1): 128-152.
- Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (2003). *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*. Agence de la santé publique du Canada. Ottawa, Gouvernement du Canada: 131-144.
- Community Health Nurses Association of Canada (2009). *Public Health Nursing Discipline Specific Competencies*. Version 1.0., Community Health Nurses Association of Canada.
- Contandriopoulos, A.-P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal, G. Morin.

- Coryn, C. L. S., L. A. Noakes, et al. (2011). "A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009." *American Journal of Evaluation* 32(2): 199-266.
- Cottrell, R. R., L. Lysoby, et al. (2009). "Current Developments in Accreditation and Certification for Health Promotion and Health Education: A Perspective on Systems of Quality Assurance in the United States." *Health Education & Behavior* 36(3): 451-463.
- Council on Linkages between Academia and Public Health Practice. (2001). "Core competencies for public health professionals." Retrieved March, 2012, from <http://www.phf.org/link/competenciesinformation.htm>.
- Cowley, S. (1995). "Professional development and change in a learning organization." *Journal of Advanced Nursing* 21(5): 965-974.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Crossley, M. L. (2001). "Rethinking psychological approaches towards health promotion." *Psychology and Health* 16(2): 161-177.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique : Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Paris, Editions du Seuil.
- Crozier, M. and E. Friedberg (1981). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris, Éditions du Seuil.
- Cunliffe, A. L. (2004). "On becoming a critically reflexive practitioner." *Journal of Management Education* 28(4): 407-426.
- D'Cruz, H., P. Gillingham, et al. (2007). "Reflexivity, its meanings and relevance for social work: A critical review of the literature." *British Journal of Social Work* 37(1): 73-90.
- Damanpour, F. (1991). "Organisational Innovations: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators." *Academy of Management Journal* 34(3): 555-590.
- Danziger, D. (1997). "The varieties of social construction." *Theory and Psychology* 7(3): 399-416.

- Davies, J. K. and G. Madonald (1998). *Quality, evidence, and effectiveness in health promotion: Striving for certainties*. London, Routledge.
- Day, D., P. Gronn, et al. (2004). "Leadership capacity in teams." *The Leadership Quarterly* 15(6): 857-880.
- De Dreu, C. K. W. (2002). "Team innovation and team effectiveness: The importance of minority dissent and reflexivity." *European Journal of Work and Organizational Psychology* 11(3): 285-298.
- Dechant, K., V. J. Marsick, et al. (1993). "Towards a model of team learning." *Studies in Continuing Education* 15(1): 1-14.
- Decuyper, S., F. Dochya, et al. (2010). "Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organisations." *Educational Research Review* 5(2): 111-133.
- Defebvre, M. M., V. Vanlacken, et al. (2009). "Évaluation de formations continues en éducation pour la santé développées entre 2005 et 2007 dans les territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais " *Santé Publique* 21(3): 319-330.
- Delany, C. and D. Watkin (2009). "A study of critical reflection in health professional education: 'Learning where others are coming from'." *Advances in Health Science Education: Theory and Practice* 14(3): 411-429.
- Denis, J.-L., F. Champagne, et al. (1990). *Analyse de l'implantation*. Montréal, GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Denis, J. L., Y. Hebert, et al. (2002). "Explaining diffusion patterns for complex health care innovations." *Health Care Management Review* 27(3): 60-73.
- Denzin, N. K. (2006). *Sociological methods: A sourcebook*. Chicago, Aldine Transaction.
- Deschesnes, M. and C. Tessier (2012). *Évaluation d'un modèle de développement professionnel visant à renforcer les capacités d'absorption des écoles au regard de l'approche École en santé*. Direction du développement des individus et des communautés. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec: 219.
- Desrosiers, G. (2012). "Santé publique au Québec " Retrieved 05 juin, 2013, from <http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/sante-publique>.

- Dewey, J. (1910). *How we think*. Lexington, Heath and Company.
- Direction de santé publique (2011). *Plan régional de santé publique 2010-2015: Garder notre monde en santé*. Direction de santé publique. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: 65.
- Doll, W. E., Jr. and D. Trueit (2010). "Complexity and the health care professions." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(4): 841-848.
- Donaldson, A., E. Lank, et al. (2005). "Making the invisible visible: How a voluntary organization is learning from its work with groups and communities." *Journal of Change Management*, 5(2): 191-206.
- Eakin, J., A. Robertson, et al. (1996). "Towards a critical social science perspective on health promotion research." *Health Promotion International* 11(2): 157-165.
- Edmondson, A. (2002). "The local and variegated nature of learning in organizations: A group level perspective." *Organization Science* 13(2): 128-146.
- Edmondson, A. C. (1999). "Psychological safety and learning behavior in work teams." *Administrative Science Quarterly* 44(2): 350-385.
- Ellis, A. P. J., J. R. Hollenbeck, et al. (2003). "Team learning: Collectively connecting the dots." *Journal of Applied Psychology and Health* 88(5): 821-835.
- Fassin, D. (2000). "Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre." *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 7(1): 58-78.
- Fawcett, S. B., A. Paine-Andrews, et al. (1996). *Empowering community health initiatives through evaluation. Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. D. M. Fetterman, S. J. Kaftarian and A. Wandersman. London, Sage: 161-187.
- Ferlie, E., J. Gabbay, et al. (2001). *Evidence-Based Medicine and Organisational Change: An Overview of Some Recent Qualitative Research. Organisational Behaviour and Organisational Studies in Health Care: Reflections on the Future*. L. Ashburner. Basingstoke, Palgrave.
- Fiol, C. M. (1994). "Consensus, diversity, and learning in organizations." *Organization Science* 5(3): 403-420.

- Galloway, S. (2000). Issues and challenges in continuing professional development. Continuous professional development: Looking ahead. Proceedings of a symposium by the Centre on Skills, Knowledge and Organisational Performance, Oxford, May 2000. S. Galloway.
- Gamble, A. A. J. (2008). L'ABC de l'évaluation évolutive. Montreal, The J.W. McConnell Family Foundation.
- Garet, M. S., A. C. Porter, et al. (2001). "What Makes Professional Development Effective? Results From a National Sample of Teachers." *American Educational Research Journal* 38(4): 915-945.
- Gatrell, A. C. (2005). "Complexity theory and geographies of health: a critical assessment." *Social Science & Medicine* 60(12): 2661-2671.
- Gauthier, B. (2004). La structure de la preuve. Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données. B. Gauthier. Québec, Presses de l'Université du Québec: 169-198.
- Gebbie, K. M. (1999). "The Public Health Workforce: Key to Public Health Infrastructure." *American Journal of Public Health* 89(5): 660-661.
- Gebbie, K. M. and I. Hwang (2000). "Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system." *American Journal of Public Health* 90(5): 716-721.
- Gebbie, K. M. and B. J. Turnock (2006). "The Public Health Workforce: New Challenges." *Health Affairs* 25(4): 923-933.
- George, M. A., M. Daniel, et al. (2006). "Appraising and funding participatory research in health promotion. 1998-99." *International Quarterly of Community Health Education* 26(2): 171-187.
- Gladwin, J., R. A. Dixon, et al. (2002). "Rejection of an innovation: Health information management training materials in East Africa." *Health Policy and Planning* 17(4): 354-361.
- Glaser, B. G. and A. L. Strauss (1967). The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. Chicago, Aldine
- Godin, G. (2000). "Entre la rhétorique et les données probantes: enjeux théoriques et méthodologiques." *Ruptures* 7(1): 132-137.

- Gotway Crawford, C. A., W. T. Summerfelt, et al. (2009). "Perspectives on Public Health Workforce Research." *Journal of Public Health Management and Practice* November 2009 (Suppl): S5-S15.
- Gouvernement du Québec. (2004). Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Projet de loi no 83. Assemblée nationale. Québec, Gouvernement du Québec.
- Greacen, T., E. Jouet, et al. (2012). "Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion." *BMC Public Health* 12: 1114-1124.
- Green, L. W., M. A. George, et al. (2003). Appendix C: Guidelines for participatory research in health promotion. *Community-based participatory research for health*. M. Minkler and N. Wallerstein. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Green, L. W., M. A. George, et al. (1995). Recherche participative et promotion de la santé: Bilan et recommandations pour le développement de la recherche participative en promotion de la santé au Canada. Ottawa, Société royale du Canada.
- Green, L. W. and M. W. Kreuter (1999). Health promotion planning. An educational and ecological approach. 3rd edition. Mountain View, Mayfield Publishing Company.
- Green, L. W. and M. W. Kreuter (2005). Health program planning. An educational and ecological approach. 4th edition. New York, McGraw-Hill.
- Green, L. W., L. Richard, et al. (1996). "Ecological foundations of health promotion." *American Journal of Health Promotion* 10(4): 270-281.
- Greene, J. C. (2013). "Logic and evaluation theory." *Evaluation and Program Planning* 38: 71-73.
- Greenhalgh, T., G. Robert, et al. (2004). "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations." *Milbank Quarterly* 82(4): 581-629.
- Greenwood, J. (1998). "The role of reflection in single and double loop learning." *Journal of Advanced Nursing* 27(5): 1048-1053.
- Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique (2005). Édifier une main-d'oeuvre en santé publique pour le 21^{ème} siècle. Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique. Ministère de la santé. Ottawa, Gouvernement du Canada: 1-29.

- Guba, E. G. (1990). *The Paradigm dialog*. Newbury Park, Sage Publications.
- Guba, E. G. and Y. S. Lincoln (1994). *Competing paradigms in qualitative research*.
Handbook of qualitative research. N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. London, Sage
Publications: 105-117.
- Guskey, T. R. (2000). *Evaluating professional development*. Thousand Oaks, Calif., Corwin
Press.
- Gustafsson, C. and I. Fagerberg (2004). "Reflection, the way to professional development?"
Journal of Clinical Nursing 13(3): 271-280.
- Hackman, J. R. (2003). "Learning more by crossing levels: evidence from airplanes, hospitals,
and orchestras." *Journal of Organizational Behavior* 24(8): 905-922.
- Hage, J. T. (1999). "Organizational innovation and organizational change." *Annual Review of
Sociology* 25: 597-622.
- Haggis, T. (2010). "Approaching complexity: a commentary on Keshavarz, Nutbeam,
Rowling and Khavarpour." *Social Sciences & Medicine* 70(10): 1475-1477.
- Hardy, C., N. Phillips, et al. (2001). "Reflexivity in organisation and management theory: A
study of the production of the research 'subject' " *Human Relations* 54(5): 531-560.
- Harrison, S. (1985). *Perspective on implementation. Health Services Performance*. A. F. Long
and S. Harrison. London, Croom Helm: 105-125.
- Hawe, P. and L. Potvin (2009). "What is population health intervention research?" *Canadian
Journal of Public Health* 100(1): Suppl I8-14.
- Hawe, P., A. Shiell, et al. (2004). "Complex interventions: how "out of control" can a
randomised controlled trial be?" *British Medical Journal* 328(7455): 1561-1563.
- Hawe, P., A. Shiell, et al. (2009). "Theorising Interventions as Events in Systems." *American
Journal of Community Psychology* 43(3-4): 267-276.
- Healy, S. A. (1997). "Changing science and ensuring our future." *Futures* 29(6): 505-517.
- Hilliard, T. M. and M. L. Boulton (2012). "Public health workforce research in review. A 25-
year retrospective." *American Journal of Preventive Medicine* 42(5S1): S17-S28.
- Hirst, G., L. Mann, et al. (2004). "Learning to lead: The development and testing of a model of
leadership learning." *Leadership Quarterly* 15(3): 311-327.

- Hoegl, M. and K. P. Parboteeah (2006). "Team reflexivity in innovative projects." *R&D Management* 36(2): 113-125.
- Holland, J. H. (1998). *Emergence: From chaos to order*. Redwood City, Addison-Wesley.
- Holland, R. (1999). "Reflexivity." *Human Relations* 52(4): 463-485.
- Hong, Y. C. and I. Choi (2011). "Three dimensions of reflective thinking in solving design problems: A conceptual model." *Educational Technology Research and Development* 59(5): 687-710.
- Huber, G. P. (1991). "Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures." *Organization Science* 2(1): 88-115.
- Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences. (2013). "Consortium." Retrieved 2013, 11 novembre from <http://www.ipcdc.qc.ca/pages/consortium>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2013). "INSPQ - Qui sommes-nous?" Retrieved 11 novembre, 2013, from <http://www.inspq.qc.ca/institut/default.asp>.
- Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington, National Academy Press.
- Issitt, M. (2003). "Reflecting on reflective practice for professional education and development in health promotion." *Health Education Journal* 62(2): 173-188.
- James, R., T. Shilton, et al. (2001). "Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia." *Health Promotion Journal of Australia* 12(2): 117-123.
- Jarvis, P. (1992). "Reflective practice and nursing." *Nurse Education Today* 12(3): 174-181.
- Jayatilleke, N. and A. Mackie (2012). "Reflection as part of continuous professional development for public health professionals: a literature review." *Journal of Public Health* 35(2): 308-312.
- Jelinek, M., J. A. Litterer, et al. (1986). *Organizations by design: Theory and practice*. Homewood, Business Publications.
- Johnson, R. T. and D. W. Johnson (1994). *An overview of cooperative learning*. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing.

- Jordon, M., H. J. Lanham, et al. (2010). "Implications of complex adaptive systems theory for interpreting research about health care organizations." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(1): 228-231.
- Kasl, E., V. J. Marsick, et al. (1997). "Teams as learners: A research-based model of team learning." *Journal of Applied Behavioral Science* 33(2): 227-246.
- Kember, D. (2001). *Reflective teaching and learning in the health professions*. Oxford, Blackwell Science.
- Kember, D., A. Jones, et al. (1999). "Determining the level of reflective thinking from students' written journals using a coding scheme based on the work of Mezirow." *International Journal of Lifelong Education* 18(1): 18-30.
- Kennedy, A. (2005). "Models of Continuing Professional Development: a framework for analysis." *Journal of In-service Education* 31(2): 235-250.
- Keshavarz, N., D. Nutbeam, et al. (2010). "Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept." *Social Sciences & Medicine* 70(10): 1467-1474.
- Kickbusch, I. (2003). "The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion." *American Journal of Public Health* 93(3): 383-388.
- Kickbusch, I. and L. Payne (2003). "Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution." *Health Promotion International* 18(4): 275-278.
- King, I. W. and A. Rowe (1999). "Space and the not-so-final frontiers: Re-presenting the potential of collective learning for organizations." *Management Learning* 30(4): 431-448.
- Kippax, S. and P. Kinder (2002). "Reflexive Practice: the relationship between social research and health promotion in HIV prevention." *Sex Education* 2(2): 91-104.
- Klimoski, R. J. and S. Mohammed (1994). "Team mental model: Construct or metaphor?" *Journal of Management Education* 20(2): 403-437.
- Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. Englewood Cliffs, Prentice Hall/Cambridge.

- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall/Cambridge.
- Knowles, M. S., E. F. Holton, et al. (1998). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. 5th edition. Houston, Gulf.
- Koo, D. and K. Miner (2010). "Outcome-based workforce development and education in public health." *Annual Review of Public Health* 31: 253-269.
- Kozlowski, S. W. and B. S. Bell (2008). *Team learning, development and adaptation. Work group learning. Understanding, improving & assessing how groups learn in organizations*. V. Sessa and M. London. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates: 15-44.
- Kozlowski, S. W. J., G. T. Chao, et al. (2010). *Building an infrastructure for organizational learning: A multilevel approach. Learning, training, and development in organizations*. S. W. J. Kozlowski and E. Salas. New York, Taylor & Francis Group: 363-403.
- Krieger, N. (2001). "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective." *International Journal of Epidemiology* 30(4): 668-677.
- Labesse, M. E. (2008). *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation. Volet formation continue. Recherche, formation et développement*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec: 68.
- Labonté, R. (1994). "Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice." *Health Education & Behavior* 21(2): 253-268.
- Labonté, R. (2007). *Promoting health in a globalized world: The biggest challenge of all. Health Promotion in Canada. Critical Perspectives*. 2nd edition. M. O'Neill, Pederson, A., Rootman, I. & Dupéré, S. Toronto, Canadian Scholar's Press.
- Labonte, R., J. Feather, et al. (1999). "A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation." *Health Education Research* 14(1): 39-50.
- Labonte, R. and A. Robertson (1996). "Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice." *Health Education Quarterly* 23(4): 431-447.
- Lafortune, L. (2008). *Guide pour l'accompagnement professionnel d'un changement*. Montréal, Presse de l'Université du Québec.

- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa, Gouvernement of Canada.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx et al. Boucherville, Gaetan Morin: 309-340.
- Lathlean, J. and A. Le May (2002). "Communities of practice: an opportunity for interagency working." *Journal of Clinical Nursing* 11(3): 394-398.
- Lawler, P. (2003). "Teachers as adult learners: A new perspective." *New Directions for Adult and Continuing Education* 98: 15-22.
- Lemieux-Charles, L. and W. L. McGuire (2006). "What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature." *Medical Care Research and Review* 63(3): 263-300.
- Lessard, C. (2007). "Complexity and reflexivity: two important issues for economic evaluation in health care." *Social Science & Medicine* 64(8): 1754-1765.
- Lévesque, J.-F. and P. Bergeron (2003). "De l'individuel au collectif: une vision décroisée de la santé publique et des soins." *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 9(2): 73-89.
- Li, L. C., J. M. Grimshaw, et al. (2009). "Evolution of Wenger's concept of community of practice." *Implementation Science* 4(11): 1-8.
- Lincoln, Y. S. and E. G. Guba (1985). Establishing trustworthiness Naturalistic Inquiry. Y. S. Lincoln and E. G. Guba. Newbury Park, Sage Publications: 289-331.
- Lucia, A. D. and R. Lepsinger (1999). The art and science of competency models: Pinpointing critical success factors in organizations. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer.
- MacDonald, T. H. (1998). Rethinking health promotion: A global approach. London, Routledge.
- Mallinson, S., J. Popay, et al. (2006). "Developing the public health workforce: a 'communities of practice' perspective " *Policy & Politics* 34(2): 265-285.
- Mamede, S. and H. G. Schmidt (2005). "Correlates of reflective practice in medicine." *Advances in Health Sciences Education. Theory and Practice*. 10(4): 327-337.

- Mann, K., J. Gordon, et al. (2009). "Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review." *Advances in Health Sciences Education. Theory and Practice*. 14(4): 595-621.
- Mantzoukas, S. and M. A. Jasper (2004). "Reflective practice and daily ward reality: A covert power game." *Journal of Clinical Nursing* 13(8): 925-933.
- Markham, S. K. (1998). "A longitudinal examination of how champions influence others to support their projects." *Journal of Product Innovation Management* 15(6): 490-504.
- Marshall, J. G. (1990). "Diffusion of innovation theory and end-user searching." *Library & Information Science Research* 6(1): 55-69.
- Mason, R. and M. Boutilier (1996). "The challenge of genuine power sharing in participatory research: the gap between theory and practice." *Canadian Journal of Community Mental Health* 15(2): 145-152.
- Mathieu, J. E. and P. E. Tesluk (2010). A multilevel perspective on training and development effectiveness. *Learning, training, and development in organizations*. S. W. J. Kozlowski and E. Salas. New York, Taylor & Francis Group: 405-442.
- Mayne, J. (2008). *Contribution Analysis: Addressing Cause and Effect Evaluating the Complex: Attribution, Contribution, and Beyond*. K. Forss, M. Marra and R. Schwartz. New Brunswick, Transaction Publishers: 53-96.
- Mayne, J. (2012). "Contribution analysis: Coming of age?" *Evaluation* 18(3): 270-280.
- McMicheal, A. J. and C. D. Butler (2007). "Emerging health issues: the widening challenge for population health promotion." *Health Promotion International* 21(S1).
- McQueen, D. V. (2001). "Strengthening the evidence base for health promotion." *Health Promotion International* 16(3): 261-268.
- McQueen, D. V. (2007). *Critical issues in theory for health promotion. Health and modernity. The role of theory in health promotion*. D. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin et al. New York, Springer: 21-42.
- McQueen, D. V. and L. M. Anderson (2001). *What counts as evidence: issues and debates. A framework for health promotion evaluation*. I. Rootman, M. Goodstat, B. Hyndman et al. Copenhagen, WHO Regional Publications. European Series 92: 63-81.

- Merriam, S. B. and R. S. Caffarella (1999). *Learning in adulthood: A comprehensive guide*. 2nd edition. San Francisco, Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1981). "A critical theory of adult learning and education." *Adult Education* 32(1): 3-24.
- Mezirow, J. (1990). *Fostering critical reflection in adulthood: A guide to transformative and emancipatory learning*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Miller, R. L. (2013). "Logic models: A useful way to study theories of evaluation practice?" *Evaluation and Program Planning* 38: 77–80.
- Miner, K. R., W. K. Childers, et al. (2005). "The MACH Model: from competencies to instruction and performance of the public health workforce." *Public Health Reports* 120 (Suppl 1): 9-15.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction de la santé publique. Québec, Gouvernement du Québec : 133.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Direction de la santé publique. Québec, Gouvernement du Québec: 103.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). "Centres de santé et de services sociaux - RLS." Retrieved 29 octobre, 2013, from <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Moloughney, B. W. and H. A. Skinner (2006). "Rethinking schools of public health: a strategic alliance model." *Canadian Journal of Public Health* 97(3): 251-254.
- Morin, E. and J.-L. Le Moigne (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris, L'Harmattan.
- Mucchielli, A. (2005). *Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains*. Recherche qualitative et production de savoirs. Montreal, Recherches qualitatives.
- Muijs, D. and G. Lindsay (2008). "Where are we at? An empirical study of levels and methods of evaluating continuing professional development." *British Educational Research Journal* 34(2): 195-211.

- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinarité. Manifeste*. Monaco, Rocher.
- Nicolini, D., J. Powell, et al. (2008). "Managing knowledge in the healthcare sector. A review." *International Journal of Management Reviews* 10(3): 245-263.
- Nonaka, I. (1994). "A dynamic theory of organizational knowledge creation." *Organization Science* 5(1): 14-37.
- Nonaka, I. and H. Takeuchi (1995). *The Knowledge-Creating Company*. New York, Oxford University Press.
- Norman, C. D. (2009). "Health promotion as a systems science and practice." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15(5): 868-872.
- Nutbeam, D. (1998). "Health promotion glossary." *Health Promotion International* 13(4): 349-364.
- Nutbeam, D. (1999). "Evaluating health promotion – Progress, Problems and solutions." *Health Promotion International* 13(1): 27-44.
- O'Neill, M. (2003). "[Why worry about evidence in health promotion?] Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé." *Social and Preventive Medicine* 48(5): 317-326.
- O'Neill, M. (2012). "La Charte d'Ottawa : un manifeste pour « le manifestant » ?" *Global Health Promotion* 19(2): 67-69.
- O'Neill, M., A. Pederson, et al. (2007). *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*. 2nd edition. Toronto, Canadian Scholars Press.
- O'Neill, M. and A. Stirling (2006). *Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? Promotion de la santé au Canada et au Québec. Perspectives critiques*. M. O'Neill, S. Dupéré, P. A. and I. Rootman. Québec, Presses de l'Université Laval: 42-61.
- Offenbeek, M. v. (2001). "Processes and outcomes of team learning." *European Journal of Work and Organizational Psychology* 10(3): 303-317.
- Oliver, C. and P. Aggleton (2002). "Mentoring for professional development in health promotion: a review of issues raised by previous research." *Health Education* 102(1): 30-38.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). "Admission à la profession." Retrieved 2013, 11 novembre, from <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/infirmiere-formee-hors-quebec>.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa, Organisation Mondiale de la Santé: 6.
- Patton, M. Q. (1994). "Developmental evaluation." *Evaluation Practice* 15(3): 311-319.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation : the new century text*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Patton, M. Q. (1999). "Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis." *Health Services Research* 34(5): 1189-1208.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2006). "Evaluation for the way we work." *The Non-profit Quarterly* 13(1): 28-33.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*. Los Angeles, Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York : London, The Guilford Press.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York, Guilford Press.
- Pawson, R. and N. Tilley (1997). *Realistic Evaluation*. London, Sage Publications.
- Pawson, R. and N. Tilley (2008). *Realistic evaluation*. *Encyclopedia of Evaluation*. S. Mathison. London, Sage Publications: 362-367.
- Pearson, D. and P. Heywood (2004). "Portfolio use in general practice vocational training: A survey of GP registrars." *Medical Education* 38(1): 87-95.
- Pettigrew, A. M. and L. McKee (1992). *Shaping Strategic Change. Making Change in Large Organisations*. London, Sage.
- Pineault, R. and C. Daveluy (1995). *La planification de la santé*. Montréal, Éditions Nouvelles.
- Pires, A. (1993). "Recentrer l'analyse causale? Visages de la causalité en sciences sociales et recherche qualitative." *Sociologie et sociétés* 25(2): 191-209.

- Pires, A. P. (1997). Échantillon et recherché qualitative : essai théorique et méthodologique. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx et al. Boucherville Gaetan Morin: 113-169.
- Platzer, H., D. Blake, et al. (2000). "Barriers to learning from reflection: a study of the use of groupwork with post-registration nurses." *Journal of Advanced Nursing* 31(5): 1001-1008.
- Plsek, P. E. and T. Greenhalgh (2001). "Complexity science: The challenge of complexity in health care." *British Medical Journal* 323(7313): 625-628.
- Porter, C. (2007). "Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse." *Health Promotion International* 22(1): 72-79.
- Potvin, L. (2003). *Réflexion sur les conditions de succès de la recherche en santé publique au Canada*. Institut d'été Val-David, Instituts de recherche en santé du Canada.
- Potvin, L., A. Bilodeau, et al. (2008). "Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé." *Health Promotion & Education* 15(S1): 17-21.
- Potvin, L. and C. Goldberg (2006). *Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. Promotion de la santé au Canada et au Québec. Perspectives critiques*. M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson and I. Rootman. Québec, Presses de l'Université Laval: 457-473.
- Potvin, L. and D. V. McQueen (2007). *Modernity, public health, and health promotion. Health and modernity. The role of theory in health promotion*. D. V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin et al. New York, Springer: 12-20.
- Potvin, L. and D. V. McQueen (2008). *Practical Dilemmas for Health Promotion Evaluation. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. L. Potvin and D. McQueen. New York, Springer: 25-45.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx et al. Boucherville, Gaetan Morin: 173-209.
- Provus, M. M. (1971). *Discrepancy evaluation for educational program improvement and assessment*. Berkeley, McCutchan.

- Pruitt, S. D. and J. E. Epping-Jordan (2005). "Preparing the 21st century global healthcare workforce." *British Medical Journal* 330(7492) : 637-639.
- Public Health Agency of Canada. (2011). "Skills Enhancement for Public Health " Retrieved 07 juillet, 2013, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/index-eng.php>.
- Raeburn, J. and I. Rootman (2006). *Le concept de santé : une nouvelle proposition. Promotion de la santé au Canada et au Québec. Perspectives critiques* M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson and I. Rootman. Québec, Presses de l'université Laval: 25-41.
- Ranmuthugala, G., J. J. Plumb, et al. (2011). "How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature." *BMC Health Services Research* 11: 273.
- Raphael, D. (2008). "Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada." *Critical Public Health* 18(4): 483-495.
- Rey, L., A. Brousselle, et al. (2012). "Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions." *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme/ Canadian Journal of Program Evaluation* 26(3) : 61-89.
- Rey, L., M. C. Tremblay, et al. (2013). "Managing tensions between evaluation and research: illustrative cases of developmental evaluation in the context of research." *American Journal of Evaluation*. DOI: 10.1177/1098214013503698
- Richard, L., L. Gauvin, et al. (2011). "Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades." *American Journal of Health Promotion* 10(4): 318-328.
- Richard, L., S. Gendron, et al. (2010). "Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec." *Public Health Nursing* 27(5): 450-458.
- Richard, L., L. Potvin, et al. (1996). "Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs." *American Journal of Health Promotion* 10(4): 318-328.
- Rivers, K., P. Aggleton, et al. (1998). "Professional preparation and development for health promotion: a review of literature." *Health Education Journal* 57(3): 254-262.
- Robertson, A. (1998). "Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health." *Health Promotion International* 13(2): 155-166.

- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations*. New York, Free Press.
- Rootman, I., M. Goodstat, et al. (2001). *A framework for health promotion evaluation*.
Evaluation in health promotion, principles and perspectives I. Rootman, M. Goodstat,
B. Hyndman et al. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series: 7-33.
- Rosen, G. (1993). *A history of public health*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Rossi, P. H., H. E. Freeman, et al. (1998). *Evaluation: a systematic approach*. 6th edition.
Thousand Oaks, Sage.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation : the organizational context*. Beverly Hills,
Sage Publications.
- Schön, D. A. (1984). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New
York, Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching
and learning in the professions*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Schöpfel, J. (2006). "Le devenir de la littérature grise. Quelques observations." *Perspectives
documentaires en éducation* 62: 1-10.
- Scott-Little, C., M. S. Hamann, et al. (2002). "Evaluations of after-school programs: a meta-
evaluation of methodologies and narrative synthesis of findings." *American Journal of
Evaluation* 23(4): 287-419.
- Searle, J. R. (1985). *L'intentionnalité*. Paris, Éditions de Minuit.
- Sen, A. (1992). "Positional Objectivity." *Philosophy and Public Affairs* 22(2): 126-145.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*.
London, Century Business.
- Shaw, I. F. (1999). *Qualitative evaluation*. London, Sage Publications.
- Simpson, K. and R. Freeman (2004). "Critical health promotion and education - a new
research challenge." *Health Education Research* 19(3): 340-348.
- Smith, M. F. (2005). *Evaluability assessment*. Encyclopedia of evaluation. S. Mathison.
London, Sage Publications: 136-139.
- Smith, M. K. (2001). "Chris Argyris: theories of action, double-loop learning and
organizational learning." *The encyclopedia of informal education*. Retrieved Juin,
2013, from www.infed.org/thinkers/argyris.htm.

- Sobral, D. T. (2001). "Medical students' reflection in learning in relation to approaches to study and academic achievement." *Medical Teacher* 23(5): 508-513.
- St-Pierre, M. A. (2008). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec. Santé et services sociaux Québec. Québec, Gouvernement du Québec: 194.*
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research.* Thousand Oaks, Sage.
- Sterman, J. D. (2006). "Learning from evidence in a complex world." *American Journal of Public Health* 96(3): 505-514.
- Stokols, D. (1992). "Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion." *American Psychologist* 47(1): 6-22.
- Stokols, D. (1996). "Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion." *American Journal of Health Promotion* 10(4): 282-298.
- Strand, R., R. G., et al. (2005). "Complex systems and human complexity in medicine." *Complexus* 5(2): 2-6.
- Sundström, E., M. McIntyre, et al. (2000). "Group dynamics: From the Hawthorne studies to work teams of the 1990s and beyond." *Theory, Research, and Practice* 4(11): 55-67.
- Susser, M. and E. Susser (1996). "Choosing a future for epidemiology: From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology." *American Journal of Public Health* 86(5): 674-677.
- Sweet, M. and L. Michaelson (2007). "How group dynamics research can inform the theory and practice of postsecondary small group learning." *Educational Psychology Review* 19(1): 31-47.
- Swerissen, H. and L. Tilgner (2000). "A workforce survey of health promotion education and training needs in the State of Victoria." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24(4): 407-412.
- Taub, A., J. P. Allegrante, et al. (2009). "Perspectives on Terminology and Conceptual and Professional Issues in Health Education and Health Promotion Credentialing." *Health Education & Behavior* 36(3): 439-450.
- Taylor, C. and S. White (2000). *Practising reflexivity in health and welfare.* Philadelphia, Open University Press.

- Teekman, B. (2000). "Exploring reflective thinking in nursing practice." *Journal of Advanced Nursing* 31(5): 1125-1135.
- Thiebaut, G.-C., A. Brousselle, et al. (2011). Positionner l'évaluateur face aux enjeux de l'évaluation. *L'évaluation : concepts et méthodes*. A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal: 11-23.
- Thiebaut, G. C., A. Brousselle, et al. (2011). Introduction : Positionner l'évaluateur face aux enjeux de l'évaluation. *L'évaluation : concepts et méthodes*. A. Brousselle, A. Champagne, A. P. Contandriopoulos and Z. Hartz. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal: 11-23.
- Thistlethwaite, J. (2012). "Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda." *Medical Education* 46(1): 58-70.
- Tilson, H. and B. Berkowitz (2006). "The public health enterprise: examining our twenty-first-century policy challenges." *Health Affairs* 25(4): 900-910.
- Tilson, H. and K. M. Gebbie (2004). "The public health workforce." *Annual Review of Public Health* 25: 341-356.
- Tjosvold, D., M. M. L. Tang, et al. (2004). "Reflexivity for team innovation in China: The contribution of goal interdependence " *Group & Organization Management* 29(5): 540-559.
- Tremblay, M. C., A. Brousselle, et al. (2013). "Defining, illustrating and reflecting on logic analysis with an example from a professional development program." *Evaluation and Program Planning* 40: 64–73.
- Tremblay, M. C. and L. Richard (2011). "Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline." *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/dar054
- Tremblay, M. C., L. Richard, et al. (2013). "How can both the intervention and its evaluation fulfill health promotion principles? An example from a professional development program." *Health Promotion Practice* 14(4): 563-571.
- Ulrich, D., T. Jick, et al. (1993). "High-impact learning: Building and diffusion learning capability." *Organizational Dynamics* 22(2): 52-66.
- Usher, R. and I. Bryant (1989). *Adult education as theory, practice and research*. London, Routledge.

- Uwamariya, A. and J. Mukamurera (2005). "Le concept de « développement professionnel » en enseignement : approches théoriques." *Revue des sciences de l'éducation* 31(1): 133-155.
- Van den Bossche, P., W. H. Gijselaers, et al. (2006). "Social and cognitive factors driving teamwork in collaborative learning environments: Team learning beliefs and behaviors." *Small Group Research* 37(5): 490-521.
- Wallis, S. E. (2008). "Emerging order in CAS theory: mapping some perspectives." *Keybernetes* 37(7): 1016 - 1029.
- Webster-Wright, A. (2009). "Reframing professional development through understanding authentic professional learning." *Review of Educational Research* 79(2): 702-739.
- Weiner, B. J., H. Amick, et al. (2008). "Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields." *Medical Care Research and Review* 65(4): 379-436.
- Weiss, C. (1983). *Toward the future of stakeholders approaches in evaluation. Stakeholders-based evaluation.* A. S. Byrks. San Francisco, Jossey-Bass: 83-96.
- Weiss, C. H. (1997). "How can theory-based evaluation make greater headway?" *Evaluation Review* 21(4): 501-524.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation.* Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity.* Cambridge, Cambridge University Press.
- West, M. A. (1996). *The handbook of work group psychology.* Chichester, Wiley.
- Westbrook, L. O. and P. R. Schultz (2000). "From theory to practice: Community health nursing in a public health neighborhood team." *Advances in Nursing Sciences* 23(2): 50-61.
- WHO (1986). "Ottawa charter for health promotion." *Canadian Journal of Public Health* 77(6): 425-430.
- Wholey, J. S. (2004). "Evaluability assessment: Developing program theory." *New Directions for Evaluation* 1987(33): 77-92.

- Williams, R. M. and J. Wessel (2004). "Reflective journal writing to obtain student feedback about their learning during the study of chronic musculoskeletal conditions." *Journal of Allied Health* 33(1): 17-23.
- Wilson, J. M., P. S. Goodman, et al. (2007). "Group Learning." *Academy of Management Review* 32(4): 1041-1059.
- Wilson, T. and T. Holt (2001). "Complexity science: Complexity and clinical care." *British Medical Journal* 323(4): 685-688.
- Wise, M. and D. Nutbeam (2007). "Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services?" *Global Health Promotion* 2007(Suppl 2): 23-27.
- Wong, F. K., D. Kember, et al. (1995). "Assessing the level of student reflection from reflective journals." *Journal of Advanced Nursing* 22(1): 48-57.
- Yetton, P., R. Sharma, et al. (1999). "Successful IS innovation: The contingent contributions of innovation characteristics and implementation process." *Journal of Information Technology* 14(1): 53-68.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Yorks, L., V. J. Marsick, et al. (2003). "Contextualizing team learning: Implications for research and practice." *Advances in Developing Human Resources* 5(1): 103-117.
- Zellmer-Bruhn, M. and C. Gibson (2006). "Multinational organization context: Implications for team learning and performance." *Academy of Management Executive Journal* 49(3): 501-518.
- Ziglio, E., S. Simpson, et al. (2011). "Health promotion and health systems: some unfinished business." *Health Promotion International* 26 (Suppl 2): ii216-ii225.

Annexe I

Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline

The final, definitive version of this paper has been published in *Health Promotion International*, First published online, September 8, 2011, doi: 10.1093/heapro/dar054, by Oxford Journals. All rights reserved. ©

Marie-Claude Tremblay^a,

Lucie Richard ^b,

^a Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

^b Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, 2375, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, 6e étage, bureau 6087, Montréal (Québec) H3T 1A8, Canada

Abstract

Health promotion underpins a distancing from narrow, simplifying health approaches associated with the biomedical model. However, it has not yet succeeded in formally establishing its theoretical, epistemological and methodological foundations on a single paradigm. The complexity paradigm, which it has yet to broach head-on, might provide it with a disciplinary matrix in line with its implicit stances and basic values. This article seeks to establish complexity's relevance as a paradigm that can contribute to the development of a health promotion discipline. The relevance of complexity is justified primarily by its matching with several implicit epistemological and methodological/theoretical stances found in the cardinal concepts and principles of health promotion. The transcendence of ontological realism and determinism as well as receptiveness in respect of the reflexivity that complexity encompasses are congruent with the values of social justice, participation, empowerment and the concept of positive health that the field promotes. Moreover, from a methodological and theoretical standpoint, complexity assumes a holistic, contextual and transdisciplinary approach, toward which health promotion is tending through its emphasis on ecology and interdisciplinary action. In a quest to illustrate our position, developmental evaluation is

presented as an example of practice stemming from a complexity paradigm that can be useful in the evaluation of health promotion initiatives. In short, we argue that it would be advantageous for health promotion to integrate this paradigm, which would provide it with a formal framework appropriate to its purposes and concerns.

Keywords

Complexity; paradigm; health promotion; discipline.

Introduction

Health promotion is the spearhead of a new public health defined, among others, by the Lalonde report and the Ottawa Charter both of which called for health promotion's emancipation from an individualistic and behavioural perspective and for the adoption of a holistic vision of health and its determinants (Breslow 1999; Kickbusch 2003; Bunton and Macdonald 2004; Porter 2007; Norman 2009). This reinterpretation of the field and its purpose stems from the observation that human health is the fruit of complex processes that operate through numerous interactive systems (Healy 1997; Crossley 2001; Rootman, Goodstat et al. 2001; Wilson and Holt 2001; Lessard 2007; Norman 2009). Health promotion which is defined more as an area for action than a discipline (McQueen 2001; McQueen 2007), thus underpins a distancing from narrow, simplifying health approaches associated with the biomedical and psycho-behavioural models (Crossley 2001; Bunton and Macdonald 2004; Porter 2007). This health approach also stands out because of certain cardinal principles such as participation, empowerment, social justice and positive health (Rootman, Goodstat et al. 2001; O'Neill and Stirling 2006). Despite this distinctiveness, the absence of a consensus concerning the epistemological, theoretical and methodological stances in the field, competition with other approaches and the institutional precariousness of health promotion are threatening its development as a discipline (O'Neill 2003; Potvin and McQueen 2007).

This article seeks to establish complexity's relevance as a paradigm that can contribute to the development of health promotion as a discipline by providing direction and coherence to

this emerging field. To this end, we will first define health promotion and outline the reasons for which it cannot yet be defined as a discipline. Second, we will explore the nature of complexity in order to highlight the characteristics of the complexity paradigm. Third, we will seek to demonstrate the relevance of complexity for health promotion by matching this paradigm with several positions implicit to health promotion found through its defining characteristics. To conclude, we will present developmental evaluation as an example of practice stemming from a complexity paradigm that can be useful in health promotion.

1. Towards a definition of health promotion

Health promotion arose from the efforts of the Lalonde report and the Ottawa Charter to establish a new perspective of health and its determinants in public health (O'Neill 2003; O'Neill and Stirling 2006; Norman 2009). It is a recent phenomenon that can be perceived both as a practice and as a rhetoric (O'Neill 2003; O'Neill and Stirling 2006). As a field of practice specific to public health, health promotion can be understood as collective efforts to enhance and promote the health of individuals, groups or communities through an array of methods and strategies that target individuals or environments (Nutbeam 1998; O'Neill 2003; Green and Kreuter 2005; O'Neill and Stirling 2006). These efforts seek to encourage individuals, groups and communities to take charge of the determinants of their own health. Implicit in this definition of health promotion practice is a significant rhetoric based on values such as empowerment, participation, social justice and community action (McQueen and Anderson 2001; O'Neill 2003; O'Neill and Stirling 2006; McQueen 2007; Norman 2009). A number of observers associate this rhetoric with the new public health's focus on social inequities in health which were formalized in the Ottawa Charter (Robertson 1998): "Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing difference in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential" (WHO 1986). In so doing, health promotion presents itself ideologically as "the process of enabling people to increase control over, and to improve their health" (WHO 1986).

One of the basic characteristics of health promotion is the importance accorded to the notion of empowerment, a process through which individuals gain broader control over the decisions and actions that affect their health (Nutbeam 1999). As a key dimension of the WHO definition of health promotion, empowerment presents itself both as a means of action and as an intervention efficiency parameter (Rootman, Goodstat et al. 2001; Potvin, Bilodeau et al. 2008) and is largely fostered by participation (Mason and Boutilier 1996; Rootman, Goodstat et al. 2001). Participation is, consequently, also a cardinal value of health promotion (Rootman, Goodstat et al. 2001). Moreover, because it legitimates the participation of individuals and groups in the attainment of their health, health promotion tends to be situated at the community level, which provides an appropriate centre of gravity for intervention (Robertson 1998; Green and Kreuter 2005). Indeed, the community is the nerve centre of health promotion action which ensures the relevance of its health interventions and an active community commitment in the planning process itself (Green and Kreuter 2005). Furthermore, health promotion relies on a positive concept of health envisaged as an everyday life resource rather than the simple absence of illness (Green and Kreuter 2005; Raeburn and Rootman 2006). This is a holistic, multidimensional concept of health that highlights personal and social resources along with the individual's physical abilities. This definition of health thus implies broad, intersectoral intervention and outcomes that translate otherwise than in terms of health (Green and Kreuter 2005).

Despite its distinctive features, health promotion is still not a discipline and has not succeeded in attaining this status at the institutional level (McQueen 2001; McQueen 2007; Norman 2009). According to O'Neill and Stirling (2006), health promotion is not defined clearly enough and has not been differentiated sufficiently from similar fields to have found its place politically and academically. In fact, a discipline is usually centred on a paradigm and a received view that determines the dimensions, contents and limits of the field. However, health promotion has not developed a consistent received view because its role was defined before its theory and principles in response to changes in public health (McQueen 2007). Potvin and McQueen (2007) claim that there is still a lot of debate in health promotion, specifically "about the epistemological posture appropriate for developing the knowledge base

of health promotion and about the methodological apparatus to be deployed to produce that knowledge” (Potvin and McQueen 2007).

We believe that complexity presents itself as a potential solution that can provide coherence and direction to this emerging field of practice in addition to strengthening several implicit positions in health promotion. The relevance of the complexity paradigm lies primarily at the epistemological and methodological/theoretical levels. From an epistemological standpoint, this paradigm could support a non-reductive, reflexive, relative conception of health and its problemization (Healy 1997; Lessard 2007). In health promotion, the legitimization of lay knowledge and the participation of individuals in the negotiation of health issues concerning them calls for the integration of a paradigm that foresees the importance of a comprehensive, emerging, dynamic, non-linear understanding of these issues (Labonte and Robertson 1996; Albrecht, Freeman et al. 1998; Plsek and Greenhalgh 2001; Simpson and Freeman 2004; Lessard 2007). From a methodological/theoretical standpoint, complexity is characterized by a concern for an integrated, broader approach in the topics being researched (Albrecht, Freeman et al. 1998; Morin and Le Moigne 1999). Similarly, given the comprehensiveness of the health concept and the importance accorded to intersectoral action, health promotion has long been concerned with the integration of a holistic vision highlighting contextual dimensions of health problems (Stokols 1992; MacDonald 1998; Porter 2007; Norman 2009; Richard, Gauvin et al. 2011). In the third section of this article, we will explain in greater detail how the complexity paradigm, through its implications and prescriptions, concurs with certain implicit epistemological and methodological/theoretical stances of health promotion and how it might contribute to establishing the formal foundation of a health promotion discipline.

2. Towards a definition of the complexity paradigm

Complexity thinking is a dramatic intellectual event that arose with new ways of thinking in modernity (Morin and Le Moigne 1999; Doll and Trueit 2010). From the mid-20th century onward, the simplification of complex problems in classical science engendered a gradual, growing dissatisfaction. There was an understanding that complex problems are not

reducible to simple problems and cannot be defined by mechanistic science without important alterations in their nature. This has led a number of authors to wonder about the need to surpass traditional dogmas of order, separability, reduction and logic, espoused by Aristotle, Newton, Descartes and other philosophers of classical science (Healy 1997; Albrecht, Freeman et al. 1998; Morin and Le Moigne 1999; Lessard 2007; Doll and Trueit 2010). Complexity thinking arose in response to developments in information theory, cybernetic and systems theories (Morin and Le Moigne 1999). As Haggis (2010) has argued, “ complexity theories could be seen as one way of attempting to articulate some of the limits of human understanding in relation to both natural and social phenomena.” (Haggis 2010).

Thanks to the paths carved by other fields of science interested in complex systems (e.g., natural, artificial and more recently, social systems) complexity is now more intelligible. There are variations among complexity theories, however these share a common understanding about complex systems, their functioning and their characteristics (Keshavarz, Nutbeam et al. 2010; Alvaro, Jackson et al. 2011). In this paper, complexity is conceived as a paradigm, and defines a group of ontological, epistemological, methodological and theoretical propositions in relation to complex systems (Haggis 2010).

In health promotion, while it has not been broached head-on, complexity is a notion that is gaining a growing legitimacy: “Many now recognize the complexity of social structures, social change, and the complex infrastructure that derives from the context of health promotion” (McQueen 2007). Moreover, it seems increasingly obvious that human health is a complex topic of study because it results from the interaction of numerous determinants situated at several levels, i.e. biological, individual, social (Susser and Susser 1996; Healy 1997; Albrecht, Freeman et al. 1998; Krieger 2001; Wilson and Holt 2001; Lessard 2007; Norman 2009; Richard, Gauvin et al. 2011). Several authors consequently believe that new paradigms that incorporate a complex, dynamic, emerging perspective of the world should replace reductionist health approaches (Labonte and Robertson 1996; Susser and Susser 1996; Albrecht, Freeman et al. 1998; Krieger 2001; Plsek and Greenhalgh 2001; Simpson and Freeman 2004; Lessard 2007).

Hawe, Shiell and Riley (2004) propose the following definition of complexity: “a scientific theory which asserts that some systems display behavioral phenomena that are

completely inexplicable by any conventional analysis of the systems' constituent parts" (Hawe, Shiell et al. 2004). While somewhat incomplete, this definition does have the merit of highlighting the notions of holism and emergence (together with transformation) that best describe complexity. Acknowledging the common challenge of identifying a consensual definition, (Wallis 2008; Doll and Trueit 2010), we propose to examine complexity by highlighting the way it differs from similar concepts and by examining some of its emerging properties. It thus seems essential to distinguish complexity from complication and chaos, two concepts with which it is often confused in the literature. Complication is characterized by a large number of interacting factors and presents itself as reducible, predictable and describable (Morin and Le Moigne 1999; Cilliers 2002; Norman 2009). For some observers, complication comes down to a positivist representation of complexity insofar as it evokes an array of simple problems that can be reduced to a single solution (Morin and Le Moigne 1999). Complexity, however, is understood as a non-exhaustively explicable but potentially intelligible system since it can be modelled (Morin and Le Moigne 1999; Cilliers 2002). In short, complexity is always complicated, but the opposite is not true. What is more, Morin maintains that chaos differs from complexity in that, contrary to the latter, chaos presents itself as a unorganized, unintelligible system, one that thus cannot be modelled and is indescribable (Morin and Le Moigne 1999). Doll and Trueit (2010) further argue that chaos is not only unpredictable, but also non-deterministic. It should be noted that this is a general definition of chaos that is not akin to the technical notion of deterministic chaos.

It is the properties of complexity that allow us to better delineate its nature (Wallis 2008; Keshavarz, Nutbeam et al. 2010). First, complex systems cannot be defined according to their constituent components: the whole is greater than the sum of its parts (Hawe, Shiell et al. 2009; Doll and Trueit 2010). This is the systemic principle on which systems theory hinges (Morin and Le Moigne 1999). Indeed, the spontaneous organization of the elements of a system generates emerging properties that cannot be deduced solely from the components (Holland 1998; Plsek and Greenhalgh 2001; Gatrell 2005; Doll and Trueit 2010; Keshavarz, Nutbeam et al. 2010; Patton 2011). This particularity thus calls for a holistic study approach, which concretely links the parts to the whole (Doll and Trueit 2010). Emergence also means

that we have to “expect the unexpected”, as unattended effects can occur in a complex system (Patton 2011).

As a consequence, the behaviour of complex systems cannot be described in the form of enumerations of combinations and can only be understood within the limits of their unpredictability (Morin and Le Moigne 1999; Plsek and Greenhalgh 2001; Chu, Strand et al. 2003; Keshavarz, Nutbeam et al. 2010; Patton 2011). This unpredictability (or uncertainty) is also a result of adaptation to the environment, spontaneous organization, non-linear changes and evolution in the system (Patton 2011). Some strategies can however be used to reduce uncertainty: identifying recurring patterns, taking particular account of context and history, etc. (Keshavarz, Nutbeam et al. 2010) These characteristics thus imply the introduction of some degree of recursiveness and indeterminism in thinking and the acknowledgement of the impossibility of causal generalizations.

What is more, complex systems are characterized by their ability to adapt to their environment in a perspective of greater efficiency, while preserving their identity (Doll and Trueit 2010; Keshavarz, Nutbeam et al. 2010; Patton 2011). They are open systems that engage in exchanges with their environment (Stermann 2006). Complex systems also have the property of being self-organizing, thus they spontaneously create coherent order out of disorder, which ultimately allows them to constantly redefine themselves and to self-regenerate (Morin and Le Moigne 1999; Gatrell 2005; Sterman 2006). These characteristics of complexity call for a contextual approach of study and reaffirm the importance of surpassing determinism, reductionism and linear causality when we study a complex object. “If the entities which are of interest to educators (...) are seen as being dynamic, continually emerging through time, and specific to local constellations of conditions (i.e., irreducibly particular, incapable of being meaningfully compressed into a model or reduced to underlying principles), then complexity presents researchers with the challenge of working out what it means to say that ‘knowledge must be contextual’.”(Haggis 2010)

Finally, the complex social systems involved in health promotion also have the characteristics of being nested in one another, of depending on history and culture, and more importantly, of presenting component parts (e.g., human agents) that act both intentionally with consciousness, as well as unconsciously in response to other stimuli (Jordon, Lanham et

al. 2010). These human agents differ from one another and relate differently to each other (Jordon, Lanham et al. 2010). This makes relations, context and a relativist viewpoint particularly important: “Applying a complexity lens to our lived experiences, we now see all events, persons, diseases in terms of relations, and we see these relations encased in systems (...)” (Doll and Trueit 2010).

3. Towards the integration of the complexity paradigm into health promotion

Health promotion results from a shift from an individualistic perspective of health centred on the medical aspect to a broad, structuralist perspective, including actions focusing on the environment, the economy, politics to name a few (Davies and Madonald 1998). Even if this broad focus suggests greater receptiveness to complexity in health promotion, a cursory examination of the literature in this field reveals that few authors have broached this paradigm head-on. Complexity’s relevance as a paradigm in health promotion establishes itself in two ways: from the standpoint of epistemological concerns and the methodological/theoretical concerns of the field.

3.1 The relevance of complexity at the epistemological level

At an epistemological level, complexity as a paradigm necessarily requires that we go beyond ontological realism and determinism and that we move toward reflexivity, a position which coincides with several implicit stances of health promotion found through its basic characteristics and key concepts.

To acknowledge complexity is to acknowledge that observations are situated in a context and embedded in a relationship with the observer (Morin and Le Moigne 1999). In fact, according to Morin, complexity assumes the reintroduction of the knowing subject into all knowledge since phenomena are always grasped through humankind’s subjectivity (Morin and Le Moigne 1999). This means that ontological realism, which postulates the existence of an objective reality that is independent of the observer and the context (Guba 1990), is not an

option (Morin and Le Moigne 1999; Gatrell 2005; Lessard 2007). This premise also discredits the epistemological dualism that is undoubtedly linked to it (Guba 1990).

In health promotion, the values of participation and empowerment demand the adoption of a relativistic or critical viewpoint that legitimates the experiential knowledge of individuals (Fawcett, Paine-Andrews et al. 1996; Robertson 1998) and recognizes reality as being subject to various contextual, historic and social contingencies. These positions contrast sharply with those of realism and dualism, which perceive the researcher as occupying an external position in relation to the subjects studied (Guba 1990). The relativistic, critical and subjective approaches, on the other hand, allow access to the interpretation of reality as it is experienced by individuals themselves. Such approaches are deemed more appropriate to achieve better understanding of the complexity inherent in health questions (Labonte and Robertson 1996; Crossley 2001; Simpson and Freeman 2004). “Health promotion makes room for the stories which individuals and communities tell about their everyday experience of health, and legitimizes them as being as important to our understanding of health as statistics on morbidity and mortality rates” (Robertson 1998). Next, because the participation and emancipation of communities are basic elements of the intervention as well as its outcomes (Potvin, Bilodeau et al. 2008), a subjective method of grasping reality would be more in keeping with health promotion values (Labonte and Robertson 1996). Indeed, the participation of individuals in the negotiation of health questions that concern them makes a dialogical understanding of reality in which the parties co-construct knowledge in a consensual manner all the more relevant (Labonte and Robertson 1996). Lastly, the concept of positive health advocated by health promotion assumes a subjective understanding of the condition of individuals, which makes room for community perceptions of their quality of life: “The subjective assessment of quality of life offers a view of a particular situation through the eyes of the community residents themselves, who share what matters to them and show where health lies in the context of their lives. Health promotion seeks to promote healthful conditions that improve quality of life as seen through the eyes of those whose lives are affected” (Green and Kreuter 1999). In short, going beyond the ontological realism as it is advocated by the complexity paradigm could more emphatically support relativistic, critical and subjectivist viewpoints in health promotion.

This first imperative of complexity (going beyond ontological realism) also assumes greater reflexivity among researchers such that they are able to account for the influence of their own history, subjectivity and position on the construction and interpretation of knowledge (Taylor and White 2000; Strand, G. et al. 2005; Lessard 2007). In fact, to acknowledge complexity consists in accepting some degree of uncertainty in respect of phenomena, the partiality of representations and the possibility of a multitude of perspectives, which is a distinctive feature of a reflexive approach (Labonte, Feather et al. 1999; Doll and Trueit 2010). Generally speaking, reflexivity is the conscious examination of the professional's approach in order to update its determinants, i.e. a kind of interrogation of practice to derive from it a representation of the dynamic between the personal, the professional and the political (Boutilier and Mason 2006). According to Bourdieu, reflexivity implies the systematic exploration of the categories of thought that delineate and predict it (Bourdieu and Wacquant 1992). The conscious analysis of the constraints in thought appears to allow us to free ourselves from them and gain control over them to some extent (Bourdieu and Wacquant 1992). Reflexivity seems to be a way of confronting complexity by taking into account the determinants of thought that shape the interpretation of a reality (Lessard 2007), as much as a strategy to perceive from the other person's viewpoint in order to better understand (Kippax and Kinder 2002).

In health promotion, at once a field of social action and an ideological discourse, reflexivity warrants closer examination since it would allow to reveal the parameters of the context and the individual motivations and values that underpin actions (McQueen 2007). McQueen (2007) states that "complexity easily allows the introduction of a "values" perspective and base to action, thus reinforcing that component of health promotion that is ideological". In fact, by acknowledging the individual's creative role in the conceptualization of the social, reflexivity is a facet of complexity that must not be neglected in health promotion (McQueen 2007). Since health promotion aims at empowerment and participation, it cannot avoid a reflexive approach because this approach acknowledges a multitude of perspectives and the need to question the representations of others in order to better understand reality and reduce uncertainty (Eakin, Robertson et al. 1996). The reflexivity

promoted by complexity is thus in keeping with the questioning that health promotion practice demands.

Moreover, with the recognition of the complexity of a subject, determinism becomes irreconcilable with a human reality that creates and shapes itself in a partially unforeseeable, dynamic, non-linear, adaptive manner, in accordance with the properties mentioned earlier (Albrecht, Freeman et al. 1998; Morin and Le Moigne 1999; Plsek and Greenhalgh 2001; Gatrell 2005). For Doll and Trueit (2010), “Probably the most challenging of all the characteristics of thinking complexly is acceptance of and working with ambiguity”. Morin and LeMoigne (1999) emphasize that “the obsessive search for determinism becomes blindness. We must not seek only order but also disorder and elaborate strategies to ascertain the different forms of interplay between order and disorder” [TRANSLATION]. Complexity thus implies accepting some degree of uncertainty and indeterminism in respect of phenomena (Doll and Trueit 2010) as well as recursive loops that make prediction and causal attribution especially difficult. This requirement of indeterminism is in line with a notion of objects as being dependent on their environment and thus emphasizes the importance of some degree of contextualism.

Similarly, growing numbers of health promotion authors, who acknowledge the turbulence of effects through partially undetermined systems, are observing the limits of linear causality (Healy 1997; Wilson and Holt 2001; Gatrell 2005; Hawe, Shiell et al. 2009). Some authors such as Potvin et al. (2008) indeed perceive the health promotion intervention as a “complex social reality that operates as a system” [TRANSLATION]. As well, health promotion interventions are defined as dynamic systems that evolve over time, especially in the case of participatory programs that develop in the course of negotiations between the stakeholders (Rootman, Goodstat et al. 2001; Potvin, Bilodeau et al. 2008; Hawe, Shiell et al. 2009). “In contrast to the relatively tidy laboratory world of molecular genetics, the territory of health promotion is the community, steeped in historical and political context and consisting of intricate, fluid social relationship” (McQueen and Anderson 2001). Simple causal attribution then becomes almost impossible because of synergies with other phenomena, secular trends present in the systems, and dynamic feedback loops (Nutbeam 1999). “The implication of rethinking causality in health promotion theory and aligning it to earlier as well as more recent

thinking deriving from complexity is that causality is not totally knowable or perhaps even describable” (McQueen 2007). What is more, a concern for contextualism is also a characteristic of health promotion, which makes the community the focal point of action because of the necessity of adapting to local needs and contingencies (McQueen and Anderson 2001; Hawe, Shiell et al. 2009). Participatory approaches, which arise and develop in specific communities, are intended to ensure the relevance and cultural meaning of the intervention by responding to local problems (Green, George et al. 1995; Green, George et al. 2003; George, Daniel et al. 2006). The complexity paradigm would thus be especially useful to contemplate the reality of health promotion, conceived as indeterminate, contextual and co-constructed.

3.2 The relevance of complexity at the methodological and theoretical level

At the methodological/theoretical level, complexity assumes a holistic, transdisciplinary approach, toward which health promotion is already shifting, without an explicit framework.

Broadly defined, holism implies taking into account the logic of the individual as much as that of the social system to which he belongs (Morin and Le Moigne 1999). Holism is thus linked to complexity inasmuch as the latter calls for a comprehensive perspective with respect to the topic of study, a perspective that allows for the assessment of the emergence, organization and interdependence of the constituent parts (Albrecht, Freeman et al. 1998).

Health promotion, as it is conceptualized in the Ottawa Charter²⁹, centres on a “socio-ecological” vision of health that focuses on the structural determinants of health instead of reducing health to its biological or behavioural dimensions (Breslow 1999; Kickbusch 2003; Porter 2007). A comprehensive, integrating perspective according to which health is the product of the interaction between several determinants residing at different levels is, consequently, inherent in health promotion practice (Stokols 1992; Richard, Potvin et al. 1996; Stokols 1996; Norman 2009; Richard, Gauvin et al. 2011). Inspired by complex systems theories (Richard, Potvin et al. 1996), the ecological approach is the framework that health

²⁹ In fact, according to the Ottawa Charter, which underpins health promotion, “[c]aring, holism and ecology are essential issues in developing strategies for health promotion” (WHO, 1986).

promotion uses to take into account the higher-order structure (the environment) of which human health is a part (Hawe, Shiell et al. 2009). This approach emerged in the wake of the failure of behaviourist models to take into account the complexity of health-related behaviour (Crossley 2001). The ecological approach is central to the concepts and methods of health promotion (Green, Richard et al. 1996; Porter 2007) and reflects its willingness to methodologically accommodate complexity, more or less successfully (Stokols 1992; Richard, Potvin et al. 1996; Stokols 1996; Richard, Gauvin et al. 2011). While enriching and broadening it, the complexity paradigm could support this desire centred on integration and holism that is already apparent in health promotion methods and theories.

Furthermore, according to Morin, complex thought must be **transdisciplinary**, since this offers the advantage of not breaking “arbitrarily the systemicity (the relationship of a part to the whole) and the multidimensionality of phenomena” ^[TRANSLATION] (Morin and Le Moigne 1999). While **multidisciplinarity** concerns the study of a single subject by several sciences and **interdisciplinarity** focuses on transfers of methods from one science to another, **transdisciplinarity** concerns what is between, within and beyond disciplines (Nicolescu 1996). Transdisciplinarity is an intellectual stance that examines the dynamic created by several levels of realities studied respectively by several disciplines (Nicolescu 1996). In so doing, transdisciplinarity has the ability to integrate several understandings of reality, even antagonistic ones, under the guise of accepting a pluralism of perspectives. “At the heart of the transdisciplinary framework is the anticipated emergence of a common conceptual framework capable of unifying these multiple explanations.” (Albrecht, Freeman et al. 1998) Its main outcome is thus the understanding of the world in its complexity through the diversity of viewpoints.

In health promotion, approaches, issues and actions are obviously multidisciplinary: “health promotion prides itself on being eclectic and multi-disciplinary” (McQueen 2001). In fact, health promotion is usually deemed to be a multidisciplinary enterprise whose roots extend to the boundaries of numerous fields of knowledge and research paradigms (McQueen and Anderson 2001). Health promotion thus assumes largely defined bases anchored primarily in sociology, psychology, education and epidemiology (Bunton and Macdonald 2004). At the theoretical and methodological level, health promotion implies a contextual, dynamic,

multiple approach (Godin 2000; McQueen and Anderson 2001). The adoption of the complexity paradigm in health promotion would thus demand that we transcend a multidisciplinary approach and instead encourage a transdisciplinary perspective, which would incorporate different explanations and contribute to enhancing the understanding of health issues. As noted by Albrecht et al. (1998): “We advance complexity theory as a potentially powerful unifying construct for understanding the nature of complex, dynamic systems, such as those in which health problems are invariably embedded”. A transdisciplinary perspective, such as the one that complexity prescribes, would indeed allow better integration of learning from various disciplines in the guise of a unifying intellectual stance.

4. Towards a complex health promotion practice

Interventions in health promotion are of a dynamic, contextual and community-based nature (Potvin and Goldberg 2006; Keshavarz, Nutbeam et al. 2010). Such interventions are largely interdependent with a local environment because they are rooted in local concerns and abilities (Potvin and Goldberg 2006). This renders scarcely relevant conventional evaluations, often based on rigid criteria of effectiveness and aimed at generalization. Developmental evaluation (DE) is a type of evaluation based on the complexity paradigm that might be useful in health promotion: “Informed by systems thinking and sensitive to complex nonlinear dynamics, developmental evaluation supports social innovation and adaptive management” (Patton 2011). In fact, DE is an evaluation option centred on users that seeks to support the development of innovative programs, often characterized by a dynamic, unpredictable nature, open-ended objectives and a flexible model (Patton 1994; Patton 2006; Gamble 2008; Patton 2008; Patton 2011). In contrast to an evaluation approach that seeks to produce summative judgements on the effectiveness of an intervention, the DE approach produces a specific contextual understanding that informs the innovation under way (Patton 2008). To this end, a significant feedback component, which uses an ongoing collection and analysis process to guide the development of the intervention, is inherent in the DE (Patton 2008). The integration of the evaluator into the project development team is essential to foster discussion on the evaluation process and facilitate decisions based on data during the project development

process. DE thus represents an alternative for evaluators wishing to better grasp the complexity of innovative programs while preserving their essence (Patton 2008; Patton 2011).

The basic principles of developmental evaluation coincide with those of the complexity paradigm. In keeping with the transcending of ontological realism prescribed by the complexity paradigm, DE seeks to include the evaluator in the project team to enable him to grasp the reality of the project from within. Thus, in a logic of openness and relativism, the evaluator and the team work together to design an evaluation process that respects the organization's principles and objectives (Patton 2002; Patton 2008). By virtue of its integrative, participatory form, DE necessarily recognizes the multiplicity of representations and the diversity of the participants' experiential knowledge. Moreover, in line with the reflexivity dimension of complexity, DE supports the project team's continuous learning (Patton 2011). In fact, DE establishes reflexive processes that foster the interveners' ability to assimilate the knowledge produced by the evaluation as well as to react to such knowledge (Patton 2002; Patton 2008). In addition, because of its contextual nature, DE seeks to produce knowledge linked to its context that constantly enlightens the innovators (Patton 2002; Patton 2008). This type of evaluation thus takes into account local parameters of causality ("centers on situational sensitivity") and does not lock itself into a linear determinism (Patton 2011). As a matter of fact, DE recognizes complexity from the outset by conceiving the evaluation as an instrument helping to grasp the dynamic of the system, interdependence and emerging interconnections (Patton 2011). This type of evaluation seeks an adaptation to complex situations by modifying the program model in response to changing conditions and to the new understandings that emerge from the evaluation process. Consequently, DE does not seek to control the ambiguity and uncertainty that are the corollary of complexity but endeavours to react strategically to it (Patton 2002; Patton 2008). The open-ended, dynamic nature of this type of practice thus leads it to adopt feedback logic and regulate its actions on its effects while preserving sustained organizational and programmatic flexibility.

Conclusion

In light of the arguments presented in this article, the complexity paradigm could prove to be fertile ground to foster the development of health promotion as a discipline. Whether from the standpoint of its epistemological or methodological/theoretical prescriptions, complexity pertinently meets the implicit stances of health promotion. Consequently, it would certainly be advantageous for health promotion to integrate this paradigm that would provide it with an appropriate framework for its purposes and concerns. In so doing, it could build an appropriate knowledge base, better define its purposes, resolve numerous internal battles, and better grasp the challenges that it is facing.

Annexe II

How Can both the Intervention and its Evaluation Fulfill Health Promotion Principles? An Example from a Professional Development Program

The final, definitive version of this paper has been published in *Health Promotion Practice*, July 2013, Volume 14, Numero 4, Pages 563-571, by SAGE Publications Ltd. All rights reserved. ©

Marie-Claude Tremblay^a,

Lucie Richard^b,

Astrid Brousselle ^c,

Nicole Beaudet^d

^a Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

^b Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, 2375, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, 6e étage, bureau 6087, Montréal (Québec) H3T 1A8, Canada

^c Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150 place Charles LeMoine, Bureau 200, C.P. 11, Longueuil (Québec) J4K 0A8, Canada

^d Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3, Canada

Abstract

The emergence over the past 20 years of health promotion discourse poses a specific challenge to the public health professionals who must come to terms with new roles and new intervention strategies. Professional development is, among other things, a lever for action to be emphasized in order to meet these challenges. In order to respond to the specific training needs of public health professionals, a team from the Direction de santé publique de Montréal

(Montreal public health department) in Quebec, Canada, established in 2009 the Health Promotion Laboratory, an innovative professional development project. An evaluative component, which supports the project's implementation by providing feedback, is also integrated into the project. This article seeks to demonstrate that it is possible to integrate the basic principles of health promotion into a professional development program and its evaluation. To this end, it presents an analytical reading of both the intervention and its evaluation component in light of the cardinal principles in this field. Initiatives such as the Health Promotion Laboratory and its evaluation are essential to consolidate the foundations of professional development and its assessment by concretely integrating health promotion discourse into these practices.

Keywords

Health promotion, professional development, planning, evaluation, principles.

Introduction

Over the past 20 years, several phenomena have drastically changed the foundations of public health practice. One of the main changes stems from the emergence of the health promotion movement, which supports principles of action and values such as empowerment and participation, as well as community and intersectoral action (Organisation Mondiale de la Santé 1986; Rootman, Goodstat et al. 2001; O'Neill and Stirling 2006). This change in discourse has significant implications for public health professionals, who must come to terms with new professional roles and new intervention strategies (Green and Kreuter 1999; Amodeo 2003; Bunton and Macdonald 2004).

Professional development, seen as an intentional, ongoing and systemic process that is intended to enhance the knowledge, skills and areas of competence of professionals (Guskey 2000), appears as a lever for action to be emphasized in order to handle this challenge. In 1986, the Ottawa Charter pinpointed continuing education as a means of reorienting health services toward health promotion: "Reorienting health services also requires (...) changes in

professional education and training” (Organisation Mondiale de la Santé 1986: 3). However, 25 years later, it is obvious that progress in this field has not measured up to expectations: “It is widely acknowledged that closing the implementation gap in health promotion by reframing, repositioning and renewing efforts to strengthen the health promotion role of health systems is still an unaccomplished agenda” (Ziglio, Simpson et al. 2011: 216). Investments in professional development and continuing education are still advocated in this respect (Wise and Nutbeam 2007; Ziglio, Simpson et al. 2011).

In fact, although intense efforts have been devoted to defining core competencies of the public health workforce and to developing certifications over the last few years, professional development still faces many challenges (Tilson and Gebbie 2004; Koo and Miner 2010). One of these challenges concerns workforce heterogeneity, which includes many professionals who lack formal training in public health as well as knowledge and competencies that align with health promotion practices (Koo and Miner, 2010; Tilson and Gebbie, 2004). Another issue relates to the evaluation of professional development programs, which is often carried out in an incomplete manner (Guskey 2000; Muijs and Lindsay 2008; Gotway Crawford, Summerfelt et al. 2009). Indeed, assessments of professional development initiatives are often nothing more than *ex-post* descriptions of the activities carried out or focus on participant’ satisfaction concerning the training program (Guskey 2000; Muijs and Lindsay 2008). In the evaluation of health promotion development programs, this challenge doubles up with the necessity to include core values of the field into the evaluative process.

In 2009, to facilitate integration of health promotion into the practices of public health professionals, a team from the Montreal public health department (Direction de la santé publique de Montréal [DSPM], Québec, Canada) launched an innovative professional development program, the Health Promotion Laboratory. This intervention, designed for multidisciplinary audiences and aimed at anchoring health promotion discourses and principles in practice, seems particularly relevant to respond to training needs and knowledge gaps of the public health workforce. The project also includes a comprehensive evaluation component to support the intervention’s implementation process and assess some outcomes of the Laboratory. The broad intervention-evaluation approach seeks to integrate the basic

principles of health promotion, thereby affording a unique opportunity to reorient healthcare systems through ongoing training, as promoted by the Ottawa Charter.

This article seeks to show that it is possible to concretely and comprehensively integrate the principles of health promotion to answer professional development needs in this field, from program design to its evaluation. To this end, the article first briefly examines the core principles of health promotion and describes (a) the Health Promotion Laboratory, a professional development program and (b) the specific evaluative component that it encompasses, in light of the cardinal principles of health promotion. To conclude, the article discusses certain issues related to the usefulness and applicability of this comprehensive intervention-evaluation approach.

1. Conceptual analytical framework : Health promotion principles

Since the appearance of health promotion as a specific discourse within public health, many documents, books and articles have attempted to define health promotion through its core principles. In 2001, the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, a select panel responsible for reviewing, supporting and guiding evaluation in the realm of health promotion, defined seven principles that underlie initiatives and programs in this field (Rootman, Goodstat et al. 2001). As shown in Table I, the committee concluded that it would be advantageous for health promotion programs to be **participatory** and to aim at **empowerment** of individuals and communities. An intervention should also focus on health conceived as positive or **holistic** and should therefore build on **intersectoral action** to influence it. A **multistrategic intervention**, consideration for **equity** and **social justice** as well as **sustainability** are others characteristics that should be included in an ideal health promotion program.

These specific characteristics of health promotion initiatives require adapted evaluations, which partly hinge on the same principles. The WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation also defined four principles that should be embedded in evaluative approaches geared to health promotion (see Table I). In fact, according to the

committee, evaluation should respect these core principles: **participation, competencies development, multidisciplinary and relevancy.**

Table I. Core principles of health promotion interventions and evaluations

(Adapted from Rootman, Goodstat *et al.* 2001)

| Principle | Intervention | Evaluation |
|---|---|---|
| Participation | Involve the stakeholders concerned at all stages of the project. | Include the stakeholders who display a legitimate interest in the evaluation of the intervention. |
| Capacity building / Empowerment | Enable individuals and communities to assume broader control over the personal, socioeconomic and environmental factors that affect their health. | Enable the interveners involved in the evaluation to develop competencies. |
| Holism | Consider the multiple dimensions of health: physical, mental, social and spiritual. | |
| Intersectoriality / Multidisciplinarity | Ensure collaboration by actors from all the disciplines and sectors concerned. | Anchor the process in a multitude of disciplines and rely on a variety of information-gathering techniques. |
| Equity | Seek equity in health and social justice. | |
| Sustainability | Bring about changes that individuals and communities can maintain once the intervention has ended. | |
| Multiple strategies | Rely on a variety of approaches in combination. | |
| Relevance (in relation to the intervention) | | Design the process in such a way that it respects the complex nature of the interventions and allows for the measurement of their long-term impact. |

These key principles, underlined by a central body of health promotion literature, serve as a conceptual framework on which the intervention-evaluation analysis presented in this paper hinges.

2. A comprehensive health promotion approach

A) The Health Promotion Laboratory: Intervention Component

How was the program designed?

Canada has a national, publicly funded healthcare system. The provincial governments are responsible for the administration, organization and delivery of health services to their residents. In Quebec, public health is organized at three decision-making levels: provincial (Ministère de la Santé et des Services sociaux or department of health and social services), regional (Agences de la santé et des services sociaux, or regional health and social services agencies) and local (health and social services centres, or CSSS). This structure was adopted in 2004 with a reform that reorganized the local governance level through the establishment of the CSSS, an entity that encompasses local community service centres, residential and long-term care centres and, in several instances, hospitals. Since the 2004 reform, CSSS have had to assume a population-based responsibility. This new planning approach seeks to enhance the health and well-being of local populations by means of prevention, community action, and an integrated service offer based on local needs (Ministère de la santé et des services sociaux 2003). This structuring encompasses a service continuum that ranges from health promotion to palliative care. Attribution to the CSSS of a population-based responsibility is thus posing new challenges to professionals from CSSS in Quebec, who must integrate promotion and prevention activities into their practices in addition to the usual service delivery (Breton, Lévesque et al. 2008; Breton 2009). The integration of the prevention and promotion mission stipulated in the reform into the practices of CSSS professionals has not proceeded smoothly (Breton, Lévesque et al. 2008; Breton 2009). According to Beaudet, Richard *et al.* (Beaudet, Richard et al. 2011), the day-to-day practices of CSSS nurses in Montreal are still primarily geared to clinical care and individual interventions.

In response to these observations, the Montreal public health department (DSPM) established an innovative Health Promotion Laboratory project in 2009. This unique project, which combines competencies development and reflective practice through community of practice, assembles professionals from different disciplines and CSSS managers around a specific theme (here called an issue) examined from the standpoint of health promotion. The broad objective is to equip and support a CSSS team to enable it to develop and implement new interventions that are in keeping with a population-based logic and a health promotion approach.

The promoters of the Health Promotion Laboratory have targeted four specific objectives: (1) co-construct new ways of broaching local population-based public health issues; (2) develop reflective practice; (3) broaden professional competencies; and (4) initiate organizational changes that facilitate the adoption of new health promotion practices. To this end, Laboratories bring together approximately ten participants that voluntarily take part in the process. The program's formula involves three-hour bimonthly meetings that follow an operational approach that can last up to two or three years. The chosen approach is adapted to a team's situation and needs. Meetings take place during the regular working hours of participants, who have been allotted time to attend by their employers. During the process, teams are guided, supported and directed by mentors from the DSPM. The iterative operational approach that mentors propose to teams can be broken down into seven steps: (1) identify an issue and the appropriate participants who are interested in addressing it; (2) specify the operational approach; (3) grasp the basic public health concepts; (4) broaden the issue; (5) pinpoint possibilities for action; (6) develop a partnership; and (7) propose and implement a new health promotion intervention. Each of the aforementioned steps includes different activities (see Table II).

Table II. Examples of activities for each step of the operational approach

| Step | Examples of activities |
|--|---|
| (1) Identify an issue and participants | Present the laboratory to the CSSS management, select a team interested in the project and choose an issue. |
| (2) Specify the operational approach | Present the approach, involve the participants in the definition and steps of the approach, etc. |
| (3) Grasp the basic public health concepts | Engage in relevant reading, learning exercises focusing on the key concepts of public health and health promotion, write articles on the project for the internal newsletter, etc. |
| (4) Broaden the theme (issue) | Discuss the perspective to be chosen to broach the issue, interpret the population health status data in the territory, collect, analyze and interpret data to support the choice of the issue, etc. |
| (5) Pinpoint possibilities for action | Discuss relevant interventions in health promotion (strategies used, determinants affected, changes sought), make a collective decision to choose the intervention to be developed in relation to the issue, etc. |
| (6) Develop a partnership | Study material on partnership issues, discuss the advantages and drawbacks of sectoral action as opposed to intersectoral action, define the needed partnership in relation to the issue, pinpoint key partners, etc. |
| (7) Propose and implement a new intervention to promote health | Develop a logical model, elaborate intervention tools, a communications plan, set up an intersectoral coordinating committee with the partners, etc. |

Since the project was implemented in 2010 at the local CSSSs, some Laboratory teams have already progressed through the operational approach. Table III presents the themes of the two most advanced Laboratories involved in this project and describes briefly the kind of intervention developed by their teams.

Table III. Themes and interventions of the two Laboratories involved in this project

| Thematic description | |
|-----------------------------|--|
| Laboratory site A | The Laboratory's theme (or issue) is occupational health. The team has chosen to develop a counselling program to support new factories and companies right from the start of the process as they are being implemented in the territory. This has the aim of promoting healthy and favourable working environments for workers. |
| Laboratory site B | The Laboratory's theme (or issue) is student retention. The team has decided to develop a multistrategic program to promote the value of education among parents of elementary school children and to target important school transitions. |

How does the Laboratory fulfill the health promotion principles?

In light of the principles mentioned earlier, the Laboratory project appears to be a professional development program underpinned by health promotion principles. Indeed, the Health Promotion Laboratory emphasizes **participation** of professionals and managers by enabling them to grasp the project's operational approach. The Laboratory does not, therefore, underpin a set formula. It is intended to be adopted and adapted to the context in a consensual manner by the participants. To this end, bimonthly preparation meetings, which alternate with Laboratory sessions, allow a representative subcommittee from the laboratory to oversee, adapt and manage the implementation of the process. In so doing, the chosen approach allows different trajectories and activities to emerge according to the group dynamics and the participants' needs.

The Laboratory is an **empowering** initiative that seeks to support reflexivity and competency development among health professionals, potentially enabling them to develop critical thinking and acquire power in their roles and practices. It is through recurring group discussions, enriched by reading and by sharing experiences, that participants seek, in particular, to reflect on health promotion and spark reflexive questioning of their professional practices. Learning new competencies through Laboratory's activities also allows professionals to broaden their potential fields of professional action and thus achieve greater freedom.

Furthermore, by emphasizing a positive presentation of health that is not confined to biomedical facets, the program seeks to allow for a **holistic conception** of health for

professionals, such that they can include the environmental and social aspects of health in their understanding and, ultimately, in their actions. To this end, extensive reading and group discussions seek to facilitate a representation of health that goes beyond the one prevailing in the medical field. Insistence on health determinants, combined with the reflexive aspects of several Laboratory activities, also seeks to heighten professionals' awareness of social justice and **equity in health**.

In addition, the Laboratory assembles a **multidisciplinary** team comprising social workers, nurses, physicians, industrial hygienists, community organizers, managers, and so on, who focus on a common issue in order to share their experiences. With a view to promoting **intersectorality**, Laboratory activities aim to define partnership and promote its establishment in complex intervention situations. The participants' competencies in this respect are developed through activities such as identification of partners, their interests, and the mission of their organizations, reflection and discussion on mobilization and power-sharing strategies.

Moreover, the project is **multistrategic** since it pulls together activities of different types to support development of professional competencies. Activities can include book clubs, training workshops devoted to specific themes, data collection in the field, elaboration of data analysis plans, meetings with other community players, consultations with experts and visits to neighbourhoods.

Lastly, the Laboratory presents certain characteristics that seek to ensure its **sustainability** in CSSS. Accordingly, managers are encouraged to participate in the Laboratory so that they develop competencies to reproduce the approach with other teams in the organization. Furthermore, through the competencies developed, participants should be able to re-implement the Laboratory approach to broach new challenges.

B) The Health Promotion Laboratory: Evaluation Component

How was the evaluation designed?

Prior to the establishment of the health promotion laboratories in the CSSS, the project designers suggested integrating an evaluative component that would foster continuous improvement and facilitate implementation. The main objective of the evaluation is, therefore, to support and guide implementation of the laboratories.

To fulfil this mandate, the evaluator, in collaboration with the DSPM team, developed an utilization-focused evaluation (Patton 2008). In keeping with such an approach, the evaluation protocol (objectives, design, data-collection method, values underlying the process) was developed in collaboration with the project's team to maximise utilization of the results. Furthermore, some developmental evaluation characteristics were adopted in this project in order to adapt in a timely manner with the inner characteristics of the Laboratory (Patton 2006; Patton 2008; Patton 2011). In fact, the integration into the project team of the evaluator; representation of the intervention as a dynamic and evolving system; as well as inclusion of a significant feedback component between the evaluator and the team, using an ongoing collection and analysis process were characteristics promoted in the evaluation (Patton 2006; Patton 2008; Patton 2011). All these features of the evaluation design were meant to provide relevant Laboratory implementation analysis and support. After one year, an outcome analysis was also conducted to evaluate the Health Promotion Laboratory's effects in developing health promotion competencies and fostering reflectivity among participants. Methodological considerations for these two analysis types (implementation and outcome analysis) are detailed in the next two paragraphs.

The implementation analysis and support is broadly integrated into the intervention through the feedback component, called the "evaluation space". This formal feedback mechanism is a 15-minute time slot intended for exchanges between the evaluator and the laboratory participants at the conclusion of most of the sessions. It is mainly a question of supporting the laboratory and pinpointing certain obstacles or aspects that influence the implementation of the intervention. In this regard, examples of the evaluation questions addressed to participants include the following: Do you have the feeling that you have made progress since the beginning of the Laboratory? In your opinion, what are the positive elements of the Laboratory? What are the difficult elements? How can the Laboratory be improved? Do you have expectations, inquiries and concerns regarding the follow-up of the Laboratory? The answers and comments collected are then submitted to the DSPM mentors to ensure ongoing improvement and facilitate the implementation of the laboratory. For instance, in one case, the "evaluation space" revealed that while participants were freed up to take part in the laboratory by their employers, they were not exempt from work during this time. As a

consequence, the work accumulated outside the Laboratory and participants were not able to mentally engage fully in the process. Subsequent meetings with the DSPM mentors allowed reflection on how to surmount this obstacle with the employers. Other complementary data-collection techniques are also used to support and guide implementation of the intervention and include participant observation during laboratory sessions and collection of reports, DSPM mentors' logbooks and other organizational documents such as internal newsletter articles, organization charts. Observation notes and document analysis identify specific implementation challenges that are not necessarily explicit in the comments and discourse of participants, for instance, participants' willingness to reconsider their practices, immaturity of the team, lack of managers' leadership or of organisational support for the intervention.

As mentioned before, in addition to the implementation analysis and support, an outcome analysis of the Laboratory was realized in two Laboratories (site A and B, presented in Table III), building on qualitative interviews with participants one year after the beginning of the project. It was assumed that fact that the Laboratory has been in operation for a year meant that enough time had elapsed to see some results, thus avoiding measuring the effects only at the end of the process, which could extend over two to three years. Twenty regular participants of the Laboratory (site A = 9; site B = 11) were interviewed for approximately 45 minutes to one hour. Open-ended questions were used to investigate what participants had learned from the laboratory, how their conception of health promotion had changed, as well as changes in practices and professional roles (if any) that they attributed to participation in the Laboratory. Some preliminary results from the outcome evaluation demonstrate that after one year, Laboratory participants improved their knowledge and understanding of health promotion and developed useful competencies in this field. Using a framework based on the Galway Consensus Conference core competency domains in health promotion (Allegrante, Barry et al. 2009), the analysis shows that participants have developed competencies related to: (1) leadership in mobilizing their teams and organizations in regard to the Laboratory; (2) needs assessment in collecting, analyzing and interpreting population health data to support the choice of an issue; (3) planning in identifying and discussing intervention strategies based on knowledge derived from theory, evidence and practice; and (4) partnership in working collaboratively across disciplines, sectors, and partners to develop an intervention.

How does the evaluation fulfill the HP principles?

It appears that the evaluation fully satisfies the core principles of evaluation in health promotion (Rootman, Goodstat et al. 2001). Indeed, the proposed evaluative approach, centred on the users, fosters **participation** by the stakeholders involved in the project. In particular, the evaluator and the DSPM team collaborate on designing an evaluation process that essentially respects the organization's (DSPM) principles and objectives. The DSPM team is also involved in the evaluation process by reacting to concerns and adjusting the program in response to the information provided in the "evaluation space". Moreover, through the significant feedback component, the proposed evaluation allows for **capacity building** among project team members because it establishes reflective processes that foster the interventionists' ability to absorb the knowledge produced by the evaluation and to react to such knowledge. The evaluation might also be described as **relevant** since it respects the complex, adaptive nature of the health promotion laboratories. Accordingly, the evaluation strives to adapt to complexity by leaving room for adjustments to the program model in response to changing conditions and the new understanding that emerges (Tremblay and Richard 2011). Lastly, the evaluation relies on a **multitude of techniques** (participant observation, document analysis, qualitative interviews, focus groups) and a **multidisciplinary conceptual framework** to collect and analyze data relevant to evaluation's objectives. It also mobilizes several actors (i.e. participants in the laboratory, the DSPM team and the evaluators) from **different sectors and disciplines**.

3. Discussion

Integrating health promotion principles in both the conception of the intervention and in the design of the evaluation is a challenge. The case presented in this paper is a perfect illustration that it is possible. Table IV summarizes the operationalization of the core principles of health promotion in the Health Promotion Laboratory intervention-evaluation project.

Table IV. Operationalization of health promotion principles in the intervention and the evaluation components of the Health Promotion Laboratory Project

| Health promotion principles | Intervention component | Evaluation component |
|--|---|---|
| Participation | Enables managers and professionals to grasp a common operational approach. | Involves collaboration by the evaluator and the DSPM team to design the evaluation process. |
| Capacity building / Empowerment | Seeks to support reflexivity and competencies development among health professionals, thus potentially enabling them to develop critical thinking and to acquire power. | Establishes reflexive processes that foster the interventionists' ability to assimilate the knowledge produced by the evaluation and to react to such knowledge. |
| Holism | Allows professionals to adopt a holistic conception of health. | |
| Intersectoriality / Multidisciplinarity | Assembles a multidisciplinary team that focuses on a common issue and seeks to establish partnerships with sectors other than the healthcare system. | Relies on a multitude of techniques (participant observation, document analysis, qualitative interviews, focus groups) in order to collect data relevant to the evaluation. Mobilizes the actors from different disciplines and sectors. Uses a multidisciplinary conceptual framework. |
| Equity | Heightens awareness of social justice and <i>equity in health</i> . | |
| Sustainability | Encourages the managers from local public health branches to participate in the laboratory so that they develop the competencies to reproduce the approach with other CSSS teams. | |
| Multiple strategies | Mobilizes various types of activities to support the competencies development of professionals. | |
| Relevance (in relation to the intervention) | | Respects the complex, adaptive nature of the health promotion laboratories. |

Not only does the broad intervention-evaluation approach of the Health Promotion Laboratory integrate core principles of health promotion, but it could also meet important health promotion needs by procuring a useful framework for workforce development and training evaluation. In fact, as shown in a previous section, preliminary results from the outcome evaluation demonstrate that the Laboratory is an effective development program to provide a common understanding of health promotion to professionals with different academic

backgrounds. Furthermore, the intervention allowed participants to develop important competencies in the field.

The utilization-focused developmental evaluation approach also turned out to be useful to support the intervention implementation by providing timely feedback to the project team and providing keen understanding of the barriers related to participation in the Laboratory. This kind of evaluation has certainly stimulated DSPM mentors' capacities to react and adjust to feedback as well as competencies to take part in an evaluation process. However, some challenges related to the evaluation and its particular form have been encountered. For instance, timely and on-going analysis to feed the project team is an exhaustive and demanding task; the developmental evaluation process needs to build on a solid trust relationship between evaluator and project team; dealing with the evaluator's as well as team member's roles can sometime be difficult. A paper discussing the challenges encountered in this context is currently being written (Rey, Tremblay et al. 2013).

Conclusion

For several years, authors have deplored the growing gap between practice and discourse in health promotion (Boutilier, Mason et al. 1997; Best, Stokols et al. 2003). The example presented in this article shows that it is possible to integrate comprehensively health promotion principles not only into an intervention aimed at populations but also into professional development interventions targeting health professionals. The Health Promotion Laboratory has also proved to be useful in rallying professionals from diverse backgrounds, enabling them to share a common understanding of health promotion as well as developing core competencies in this field. The evaluation component of the Health Promotion Laboratory demonstrates that core principles of the field can be applied in a comprehensive assessment of professional development that goes beyond the simple description of participant satisfaction concerning the program and involves a useful participatory and adaptation process.

Annexe III

Guide d'entrevue – participants réguliers

Salutations.

Remerciements pour la participation à l'entrevue et au projet de recherche.

Je vous rappelle que l'entrevue est strictement confidentielle et que votre nom et celui de votre organisation n'apparaîtront pas dans notre documentation. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous cherchons seulement à connaître l'opinion des participants sur le laboratoire ainsi qu'à comprendre les changements qui pourraient survenir chez les professionnels et dans l'organisation au cours de leur participation.

Avant de procéder à l'entrevue, j'aimerais savoir si vous avez des objections à ce que je fasse un enregistrement audio de notre entrevue?

Éléments à questionner

1. a) Quelle est votre formation?

b) Quel est votre poste au sein du CSSS?

2. a) Depuis combien de temps travaillez-vous au CSSS?

b) Depuis combien de temps êtes-vous dans l'équipe?

(NB : Cette question doit tenir compte du fait que tous les membres du laboratoire ne sont pas dans l'équipe : l'organisateur communautaire, les gens de santé publique, etc.)

c) Depuis combien de temps participez-vous au laboratoire de promotion de la santé?

3. Pourriez-vous raconter votre expérience comme participant(e) au laboratoire de promotion de la santé?

4. Quels principaux apprentissages avez-vous fait durant le laboratoire? Qu'avez-vous appris de plus intéressant?

5. Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous?

6. a) Est-ce que votre participation au laboratoire a modifié votre façon de concevoir votre pratique? Comment?

b) Est-ce que votre participation au laboratoire a modifié votre façon de voir votre rôle comme professionnel / gestionnaire? Comment?

c) Est-ce que votre participation au laboratoire a modifié votre façon de voir votre milieu de travail [le CSSS]? Comment?

7. Est-ce que votre participation au laboratoire a amené des changements dans vos façons concrètes d'intervenir dans votre milieu? [santé au travail / milieu scolaire / autre]? Expliquez.

8. Quels sont les facteurs qui ont facilité ou on nuit au déroulement du laboratoire dans votre équipe? Expliquez.

9. Quels sont les ingrédients d'un bon laboratoire selon vous? Qu'est-ce qui fait la différence pour le succès ou l'échec d'un laboratoire de promotion de la santé? (pistes : caractéristiques des participants, du groupe, de l'organisation)

10. Quelle était votre principale motivation à participer au laboratoire au départ? Vos attentes ont-elles été satisfaites jusqu'à maintenant?

11. Est-ce que vous recommanderiez à d'autres collègues de participer à une démarche de la sorte (laboratoire de promotion de la santé)? Pourquoi?

12. Qu'est-ce que le laboratoire de promotion de la santé pour vous?

13. Avez-vous d'autres commentaires à faire en terminant?

Je vous remercie beaucoup pour votre participation à cette entrevue. Votre opinion et vos réponses nous sont très précieuses.

Salutations.

Annexe IV

Guide d'entrevue – participants occasionnels (gestionnaires)

Salutations.

Remerciements pour la participation à l'entrevue et au projet de recherche.

Je vous rappelle que l'entrevue est strictement confidentielle et que votre nom et celui de votre organisation n'apparaîtront pas dans notre documentation. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous cherchons seulement à connaître l'opinion des participants sur le laboratoire ainsi qu'à comprendre les changements qui pourraient survenir chez les professionnels et dans l'organisation au cours de leur participation.

Avant de procéder à l'entrevue, j'aimerais savoir si vous avez des objections à ce que je fasse un enregistrement audio de notre entrevue?

[Raison : on enregistre l'entrevue pour s'assurer de l'exactitude des informations recueillies ainsi que pour faciliter l'analyse des données].

Éléments à questionner

1. a) Depuis combien de temps travaillez-vous au CSSS?

b) Depuis combien de temps êtes-vous à ce poste?

c) À quelle fréquence avez-vous participé au laboratoire de promotion de la santé?

2. Pourquoi avez-vous accepté qu'une équipe de votre CSSS participe au laboratoire?

3. Qu'est-ce que le laboratoire de promotion de la santé pour vous?

3. Pourriez-vous raconter votre expérience comme participant(e) au laboratoire de promotion de la santé?

4. Quels principaux apprentissages avez-vous fait durant le laboratoire? Qu'avez-vous appris de plus intéressant?

5. Que diriez-vous que les participants au laboratoire ont appris?

5. a) Le projet de laboratoire a-t-il modifié votre façon de voir la pratique de promotion de la santé? Comment?

b) Est-ce que votre participation au laboratoire a modifié votre façon de voir votre rôle comme professionnel / gestionnaire? Comment?

6. Quels sont les facteurs qui ont facilité ou on nuit au déroulement du laboratoire dans votre équipe/ CSSS?
Expliquez.

7. Quels sont les ingrédients d'un bon laboratoire selon vous? Qu'est-ce qui fait la différence pour le succès ou l'échec d'un laboratoire de promotion de la santé? (pistes : caractéristiques des participants, du groupe, de l'organisation)

8. Est-ce que vous recommanderiez à d'autres collègues de prendre part à une démarche de la sorte (laboratoire de promotion de la santé)? Pourquoi?

9. Avez-vous d'autres commentaires à faire en terminant?

Je vous remercie beaucoup pour votre participation à cette entrevue. Votre opinion et vos réponses nous sont très précieuses.

Salutations.

Annexe V

Espace évaluation – Site – Date

| Buts | Questions | Réponses |
|--|--|----------|
| Recueillir les commentaires des participants quant à la démarche et à l'implantation du programme. | <i>Avez-vous des commentaires à formuler sur la séance d'aujourd'hui? Y a-t-il des éléments particulièrement positifs ou négatifs?</i> | |
| | <i>Y a-t-il des éléments qui méritent amélioration? Lesquels?</i> | |
| | <i>Jusqu'à maintenant, est-ce que le processus du laboratoire correspond à ce que vous aviez imaginé? Pourquoi?</i> | |
| | <i>Avez-vous des commentaires, des inquiétudes ou des attentes en ce qui concerne la suite du laboratoire? Lesquels?</i> | |

Annexe VI

Observations – Site – date

| Objets de l'observation | Observations |
|---|---|
| Faits saillants de la séance | |
| Climat et contexte général de la rencontre | |
| Éléments d'observation concernant le processus d'apprentissage: (Quelles étapes de la démarche aborde-t-on et comment le fait-on?) | |
| Barrières à l'implantation : (individuelle, d'équipe, organisationnelle, liée au projet, etc.) | |
| Éléments facilitant l'implantation : (individuelle, d'équipe, organisationnelle, liée au projet, etc.) | |
| Observations concernant certains thèmes particuliers en lien avec le cadre conceptuel | Quelles sont les interprétations développées au cours du laboratoire? (concernant l'enjeu, le projet du laboratoire, la démarche du laboratoire, la pratique de promotion de la santé, etc.) |
| | Y a-t-il acquisition d'information? Comment? |
| | Y a-t-il utilisation d'expériences et d'information? Comment? |
| | Y a-t-il diffusion d'expériences et d'information? Comment? |
| Autres observations | |

Annexe VI

| CERTIFICAT DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE émis par le COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL | |
|--|---|
| Projet n° | 186 |
| Intitulé | <i>Évaluation évolutive des laboratoires de promotion de la santé</i> |
| Chercheur principal | Lucie Richard |
| Dépôt de la demande | 23 février 2010 |
| Documents examinés | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche, non daté, reçu le 23 février 2010 ; • Rapports d'évaluation scientifique datés respectivement du 28 janvier et du 10 février 2010 ; • Document intitulé « Budget du projet des laboratoires de promotion de la santé » ; • Lettre d'entente, datée du 4 novembre 2009, entre le CSSS [REDACTED] et la Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal ; • Lettre d'entente, datée du 4 novembre 2009, entre le CSSS [REDACTED] et la Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal ; • Protocole de recherche daté de décembre 2009 ; • Formulaire d'information et de consentement – Gestionnaires, non daté ; • Formulaire d'information et de consentement – Professionnels, non daté ; • Questionnaire I pour l'entretien focalisé de groupe avec l'équipe de laboratoire ; • Grille d'observation pour l'observation participante aux laboratoires ; • Questionnaire II pour l'entretien focalisé de groupe avec l'équipe du laboratoire ; • Questionnaire III pour les entrevues individuelles avec les gestionnaires ; • Engagement à la confidentialité de Marie-Claude Tremblay, Lucie Richard, Nancy Boisvert, Nicole Beaudet et Damien Contandopoulos ; • Curriculum Vitae de Mesdames Lucie Richard, Marie-Claude Tremblay, Astrid Brousselle, Nicole Beaudet, Nancy Boisvert et messieurs Raynald Pineault et Damien Contandopoulos. |
| Date d'évaluation | 26 mars 2010 |
| Documents en réponse | <ul style="list-style-type: none"> • Lettre datée du 19 mai, adressée à Mme Isabelle Mondou, coordonnatrice du CÉR, en réponse aux commentaires du CÉR ; • Formulaire d'information et de consentement – Gestionnaires, amendé, |

| | |
|---|--|
| | 2 |
| | version du 8 juin 2010 ; • Formulaire d'information et de consentement – Professionnels, amendé, version du 8 juin 2010 ; |
| Évaluation des réponses (approbation finale des modifications) | 8 juin 2010 |
| Établissements où se déroule le projet | |

1. DÉCISION DU COMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (CÉR) agit comme CÉR pour l'évaluation éthique et le suivi des projets de recherche menés au [REDACTED]. Il a évalué votre projet de recherche. Le CÉR est d'avis que ce projet respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce genre de recherche. Le CÉR est favorable à l'émission du certificat d'éthique.

Le certificat de conformité éthique du projet est valide pour une période d'un an à compter du **8 juin 2010**, si et seulement si les chercheurs respectent les engagements énoncés au point 2.

2. ENGAGEMENTS DES CHERCHEURS

Pour que le présent certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs¹ :

- Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés ;
- Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée à un projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais ;
- Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet ;
- Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation ;
- Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire ;
- Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR ;

¹ Adapté de : Ministère de la santé et des services sociaux (2007), Note de clarification relative au suivi continu de l'éthique des projets. Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures, Unité de l'éthique, p.4-5

- Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche ;
- Fourniront au CÉR un bref rapport intermédiaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un renouvellement annuel du présent certificat, le cas échéant ;
- Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci **sera terminée**.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent de se conformer à toutes les conditions qu'il comporte.



Élodie Petit
Présidente
Comité d'éthique de la recherche
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

8 juin 2010

Annexe VII



Faculté de médecine
Vice-décanat à la recherche

No de certificat : CERFM 2010-11#426

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre du projet : Évaluation d'un projet de développement professionnel en santé publique : le laboratoire de promotion de la santé

REQUÉRANT : Marie-Claude Tremblay, Candidate au PhD en Santé publique, Département de Médecine sociale et préventive, FdM, UdeM, Code permanent [REDACTED]

SOUS LA DIRECTION DE Lucie Richard, professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, UdeM.

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CERFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CERFM.

Selon les exigences éthique en vigueur, un suivi annuel est minimalement requis pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi vous sera transmis par courriel avant l'échéance du présent certificat et peut être consulté sur la [page Web du CERFM](#).

[REDACTED]
Dianne Audet, coordonnatrice
CERFM

[REDACTED]
Isabelle Boutin-Ganache, présidente
CERFM

Approuvé : 19 novembre 2010

Certificat valide jusqu'au 1^{er} décembre 2011

Annexe IX



TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Formulaire d'information et de consentement Participants aux laboratoires de promotion de la santé

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Nom et lieu d'appartenance des chercheurs impliqués dans le projet

Marie-Claude Tremblay, étudiante au Doctorat en santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

Lucie Richard, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Nicole Beaudet, agente de planification, de programmation et de recherche, Enseignement et recherche, Direction de santé publique

Astrid Brousselle, professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Organisme subventionnaire

Le projet des laboratoires de promotion de la santé et son évaluation sont subventionnés par la Direction de la Santé publique de Montréal. Marie-Claude Tremblay est financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et par le Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique : Promotion, Prévention et Politiques Publiques (4P).

Description du projet

Les professionnels de santé publique font face à de nombreux nouveaux défis depuis les vingt dernières années. Un premier défi concerne l'émergence en santé publique d'un nouveau mouvement de promotion de la santé. Un second défi a trait à l'implantation de nombreuses réformes de la santé publique, qui transforment la structure de l'offre de services et proposent aux professionnels de la santé de nouveaux rôles axés sur la prévention et la promotion de la santé. La formation continue apparaît notamment comme un levier d'action à privilégier afin de faire face à ces enjeux.

En réponse à ces nouveaux défis, la Direction de santé publique (DSP)

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM, le 19 novembre 2010. (CERFM 201011#426)
Version du 19 novembre 2010

**TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ**

de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal mettait sur pied en 2009 un projet novateur de laboratoire de promotion de la santé dans trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) différents.

La présente étude évaluative consiste en une analyse d'implantation visant à **comprendre et accompagner le processus d'évolution du projet pilote de laboratoire de promotion de la santé mis sur pied par la DSP de Montréal**. Il s'agit donc principalement d'une analyse qui cherche à expliquer l'implantation du laboratoire de promotion de la santé. L'évaluation vise également à documenter les processus de changements professionnels et organisationnels résultant de la participation au laboratoire, ainsi que certains effets du laboratoire sur les participants.

Les groupes étudiés consistent en deux équipes multidisciplinaires (environ 10 personnes par équipe) de deux CSSS de la région de Montréal ayant accepté de prendre part au projet de laboratoire de promotion de la santé.

Cette étude évaluative est importante car il n'existe que très peu d'évaluations de programmes de développement professionnel en santé publique. De plus, les résultats obtenus peuvent être utiles pour enrichir la base théorique des analyses d'implantation. Ils permettront également d'améliorer notre compréhension des processus de changements découlant d'une initiative de ce genre.

**Déroulement de
l'étude**

Une approche évaluative particulière, centrée sur les utilisateurs, est privilégiée dans cette recherche. Cette approche d'évaluation vise à rendre l'évaluation pertinente pour ceux qui en sont les principaux utilisateurs. La méthodologie comporte deux volets particuliers :

Volet 1 - Décrire et expliquer l'implantation de l'intervention en lien avec le contexte :

Ce volet a pour objet de décrire et d'expliquer la transformation et l'adaptation du projet de laboratoire de promotion de la santé en fonction des caractéristiques des sites et des équipes. Il s'agit donc de repérer les barrières et éléments facilitant l'implantation et la transformation du laboratoire de promotion de la santé au cours de son évolution. Les techniques de collecte utilisées dans ce contexte

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le 2
CERFM, le 19 novembre 2010. (CERFM 201011#426)
Version du 19 novembre 2010

**TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ**

consistent en l'observation participante de l'évaluateur aux séances de laboratoire (durant un an), des entretiens de groupe focalisés à l'occasion des « espaces évaluation » (à la fin de la plupart des séances de laboratoire), ainsi qu'en la collecte documentaire de documents organisationnels.

Volet 2 - Décrire et expliquer la transformation des représentations des pratiques des participants du laboratoire, au cours de l'évolution du projet :

Ce volet vise à comprendre comment certains changements professionnels et organisationnels sont produits au cours de la participation au laboratoire. Il s'agit d'identifier le processus général de changement dans la façon dont vous vous représentez votre pratique professionnelle, la promotion de la santé, l'approche populationnelle, votre organisation, etc. Les techniques de collecte utilisées dans ce volet sont l'observation participante aux séances des laboratoires (durant un an) ainsi que des entrevues qualitatives avec les participants des deux CSSS après un an de participation au projet (une entrevue après un an).

Nous sollicitons votre participation afin de mener l'évaluation du projet de laboratoire de promotion de la santé. En somme, la participation attendue à ce projet de recherche est de trois ordres :

1. participation à l'« espace évaluation ». (L'espace évaluation est une plage horaire de 15 minutes destinée à des échanges entre l'évaluateur et les participants du laboratoire à la fin de la plupart des séances de laboratoire. Ces échanges peuvent être conçus comme des entretiens focalisés de groupe. Il s'agit principalement de faire un suivi concernant le déroulement du laboratoire et d'identifier certaines barrières ou aspects facilitant l'implantation de l'intervention. Ces entretiens se tiendront sur votre lieu de travail et ce, pendant les heures de travail.)
2. observation pendant un an du déroulement des séances auxquelles vous prendrez part par l'évaluateur, durant la plupart des sessions de laboratoire (3 heures).
3. participation à une entrevue qualitative individuelle après un an de participation au projet.

**TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ**

**Avantages et
bénéfices**

Si vous participez à ce projet de recherche, vous pourriez :

- contribuer à la mise au point d'une intervention de formation continue pertinente et adaptée aux besoins des professionnels de CSSS;
- bénéficier d'une occasion privilégiée de réfléchir sur votre pratique, de faire de nouveaux apprentissages et de vous améliorer professionnellement;
- contribuer à l'accroissement des connaissances en ce qui concerne la base théorique des analyses d'implantation, la compréhension des processus de changements découlant d'une initiative de développement professionnelle de ce genre ainsi que les démarches d'évaluation évolutive.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

**Inconvénients et
risques**

Les inconvénients liés à la participation à l'étude sont très peu nombreux. Si vous participez à cette étude, vous pourriez :

- être mal à l'aise de vous sentir observé durant les séances de laboratoire de promotion de la santé. Toutefois, souvenez-vous que l'observation est dirigée vers le déroulement du laboratoire et son évolution plutôt que vers les participants individuels.
- ressentir de l'inconfort à exprimer votre opinion devant un groupe lors des entretiens focalisés de groupe (*focus group*);
- vous inquiéter de l'utilisation des données de recherche à d'autres fins que celles prévues dans le protocole. Toutefois, rappelez-vous que la participation à cette étude ne constituera aucunement un examen des performances des participants ou du CSSS pour lesquels ils travaillent. Il s'agit avant tout de documenter et de comprendre la transformation d'une intervention novatrice sur laquelle aucun jugement n'est porté.

À cet effet, nous désirons vous rappeler qu'en tout temps, il vous sera possible de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer du projet.

Confidentialité La confidentialité des données recueillies lors des entretiens focalisés Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le 4 CERFM, le 19 novembre 2010. (CERFM 201011#426)
Version du 19 novembre 2010

**TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ**

dépend du respect d'une telle clause par l'ensemble des participants. L'animateur transmettra une consigne à cet effet. Par ailleurs, les mesures envisagées dans cette étude tentent de limiter au maximum les risques d'atteinte à la vie privée de tous les participants. Lors de la publication des résultats, aucune donnée permettant d'identifier les établissements ou les participants ne sera divulguée. De plus, les synthèses écrites des résultats seront dénominalisées et les établissements participants seront désignés par des lettres (A, B, C).

Des précautions particulières seront prises pour la conservation des données nominales. Ainsi, les données sur document papier seront conservées dans un classeur verrouillé à la Direction de santé publique. Les données numérisées seront conservées sur un serveur sécurisé au même endroit. Toutes les données seront conservées sept années après la fin du projet. Les documents papier seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse de la Direction de santé publique et les données numérisées seront effacées.

Les personnes ayant accès aux données de recherche sont Marie-Claude Tremblay, étudiante au doctorat en santé publique, ses deux directrices de recherche : Lucie Richard, professeure titulaire à l'Université de Montréal et Astrid Brousselle, professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke. À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche au Comité d'éthique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ainsi qu'au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal, ou aux organismes subventionnaires de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

**Participation
libre et retrait
libre du sujet**

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à vous justifier. Il vous suffira de mentionner votre décision à l'un des membres de l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'engendrera aucun préjudice à votre égard. Si tel est votre souhait, les données vous concernant seront détruites au moment de votre retrait.

Responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM, le 19 novembre 2010. (CERFM 201011#426)

Version du 19 novembre 2010

**TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ**

en cas de préjudice droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Indemnité ou compensation financière Aucune indemnité ou compensation financière ne sera versée au participant.

Coordonnées des personnes ressources La personne-ressource à contacter pour obtenir des informations sur la recherche est :

Marie-Claude Tremblay

téléphone : [REDACTED]

courriel : [REDACTED]

adresse postale :

Marie-Claude Tremblay

[REDACTED]

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits en tant que participant au projet de recherche ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal par téléphone au [REDACTED] ou par courriel à [REDACTED]. Vous pouvez également vous adresser à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Informations supplémentaires Les formulaires de consentement originaux seront conservés à la Direction de santé publique de Montréal, dans un classeur verrouillé, pour une période de sept années suivant la fin du projet. La personne responsable de la conservation de ces formulaires est Nicole Beaudet de la DSP de Montréal.

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le 6
CERFM, le 19 novembre 2010. (CERFM 201011#426)
Version du 19 novembre 2010

**TITRE DU PROJET : ÉVALUATION D'UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE : LE LABORATOIRE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ**

Consentement

Je, soussigné(e) _____
(Nom en lettres moulées)

déclare avoir pris connaissance et compris les informations présentées dans le formulaire de consentement. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques associés à ma participation à ce projet de recherche et sur les mesures en vigueur pour assurer la confidentialité des données. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision. Dans ces conditions :

- J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche. Je demeure libre de refuser de répondre à certaines questions ou de me retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.
- J'autorise les personnes responsables de ce projet à utiliser les données dénominalisées recueillies pour les fins d'études sur l'évolution et la transformation d'un projet de laboratoire de promotion de la santé.

(Signature du participant) (Date)

La chercheuse principale ainsi que les collaborateurs sont responsables du bon déroulement de ce projet de recherche. Avec tous les membres du personnel de recherche, ils s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement ci-joint.

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

(Signature) (Date)

(Nom du membre de l'équipe et rôle)

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM, le 19 novembre 2010. (CERFM 201011#426)
Version du 19 novembre 2010

Annexe X

Permissions de reproduire les articles dans cette thèse

Article 1

Journal Authors

The following SAGE's Global Journal Author Reuse Policy, effective as of March 20, 2013:

- You retain copyright in your work.
- You may do whatever you wish with the version of the article you submitted to the journal (version 1).
- Once the article has been accepted for publication, you may post the accepted version (version 2) of the article on your own personal website, your department's website or the repository of your institution without any restrictions.
- You may not post the accepted version (version 2) of the article in any repository other than those listed above (ie you may not deposit in the repository of another institution or a subject repository) until 12 months after publication of the article in the journal.
- You may use the published article (version 3) for your own teaching needs or to supply on an individual basis to research colleagues, provided that such supply is not for commercial purposes.
- You may use the article (version 3) in a book you write or edit any time after publication in the journal.
- You may not post the published article (version 3) on a website or in a repository without permission from SAGE.
- When posting or re-using the article please provide a link to the appropriate DOI for the published version of the article on SAGE Journals (<http://online.sagepub.com>)

All commercial or any other re-use of the published article should be referred to SAGE. More information can be found at: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

Authors publishing in Elsevier journals have wide rights to use their works for teaching and scholarly purposes without needing to seek permission.

Table of Authors' Rights

| | Preprint version (with a few exceptions- see below *) | Accepted Author Manuscript | Published Journal Articles |
|--|--|--|--|
| Use for classroom teaching by author or author's institution and presentation at a meeting or conference and distributing copies to attendees | Yes | Yes with full acknowledgement of final article | Yes with full acknowledgement of final article |
| Use for internal training by author's company | Yes | Yes with full acknowledgement of final article | Yes with full acknowledgement of final article |
| Distribution to colleagues for their research use | Yes | Yes | Yes |
| Use in a subsequent compilation of the author's works | Yes | Yes with full acknowledgement of final article | Yes with full acknowledgement of final article |
| Inclusion in a thesis or | Yes | Yes with full acknowledgement of | Yes with full acknowledgement of |

| | | | |
|--|---|---|--|
| dissertation | | final article | final article |
| Reuse of portions or extracts from the article in other works | Yes | Yes with full acknowledgement of final article | Yes with full acknowledgement of final article |
| Preparation of derivative works (other than for commercial purposes) | Yes | Yes with full acknowledgement of final article | Yes with full acknowledgement of final article |
| Preprint servers | Yes | Yes with the specific written permission of Elsevier | No |
| Voluntary posting on open web sites operated by author or author's institution for scholarly purposes | Yes (author may later add an appropriate bibliographic citation, indicating subsequent publication by Elsevier and journal title) | Yes, with appropriate bibliographic citation and a link to the article once published | Only with the specific written permission of Elsevier |
| Mandated deposit or deposit in or posting to subject-oriented or centralized repositories | Yes under specific agreement between Elsevier and the repository | Yes under specific agreement between Elsevier and the repository** | Yes under specific agreement between Elsevier and the repository |
| Use or posting for commercial gain or to substitute for services | Only with the specific written permission of | Only with the specific written permission of | Only with the specific written permission of |

| | | | |
|---|----------|----------|----------|
| provided directly by journal | Elsevier | Elsevier | Elsevier |
|---|----------|----------|----------|

******Voluntary posting of Accepted Author Manuscripts in the arXiv subject repository is permitted.

Article 3



Title: Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canada:

Author: Marie-Claude Tremblay, Lucie Richard, Astrid Brousselle, Nicole Beaudet

Publication: Health Promotion International

Publisher: Oxford University Press

Date: 08/30/2013

Copyright © 2013, Oxford University Press

Logged in as:

Marie-Claude Tremblay

Account #:



LOGOUT

Order Completed

Thank you very much for your order.

This is a License Agreement between Marie-Claude Tremblay ("You") and Oxford University Press ("Oxford University Press"). The license consists of your order details, the terms and conditions provided by Oxford University Press, and the [payment terms and conditions](#).

[Get the printable license.](#)

License Number



License date

Nov 24, 2013

Licensed content publisher Oxford University Press

Licensed content publication

Health Promotion International

Licensed content title

Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canada:

Licensed content author

Marie-Claude Tremblay, Lucie Richard, Astrid Brousselle, Nicole Beaudet

Licensed content date

08/30/2013

Type of Use

Thesis/Dissertation

| | |
|-------------------------------------|--|
| Requestor type | Academic/Educational institute |
| Format | Print and electronic |
| Portion | Text Extract |
| Number of pages requested | 11 |
| Will you be translating? | No |
| Author of this OUP article | Yes |
| Order reference number | |
| Title of your thesis / dissertation | Évaluation d'un programme de développement professionnel en santé publique : Le Laboratoire de promotion de la santé |
| Expected completion date | Dec 2013 |
| Estimated size(pages) | 330 |
| Publisher VAT ID | |
| Total | 0.00 USD |

[ORDER MORE...](#)[CLOSE WINDOW](#)

Copyright © 2013 [Copyright Clearance Center, Inc.](#) All Rights Reserved. [Privacy statement](#).
Comments? We would like to hear from you. E-mail us [\[redacted\]](#)

Article de l'Annexe I



Title: Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline:

Author: Marie-Claude Tremblay, Lucie Richard

Publication: Health Promotion International

Publisher: Oxford University Press

Date: 09/08/2011

Copyright © 2011, Oxford University Press

Logged in as:

Marie-Claude Tremblay

LOGOUT

Order Completed

Thank you very much for your order.

This is a License Agreement between Marie-Claude Tremblay ("You") and Oxford University Press ("Oxford University Press"). The license consists of your order details, the terms and conditions provided by Oxford University Press, and the [payment terms and conditions](#).

[Get the printable license.](#)

License Number



License date

Apr 05, 2013

Licensed content publisher Oxford University Press

Licensed content publication

Health Promotion International

Licensed content title

Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline:

Licensed content author

Marie-Claude Tremblay, Lucie Richard

Licensed content date

09/08/2011

Type of Use

Thesis/Dissertation

Requestor type

Academic/Educational institute

Format

Print and electronic

| | |
|-------------------------------------|--|
| Portion | Text Extract |
| Number of pages requested | 11 |
| Will you be translating? | No |
| Author of this OUP article | Yes |
| Order reference number | |
| Title of your thesis / dissertation | Évaluation d'un programme de développement professionnel en santé publique : le Laboratoire de promotion de la santé |
| Expected completion date | Aug 2013 |
| Estimated size(pages) | 250 |
| Publisher VAT ID | |
| Total | 0.00 USD |

Copyright © 2013 [Copyright Clearance Center, Inc.](#) All Rights Reserved. [Privacy statement](#).
Comments? We would like to hear from you. E-mail us [\[redacted\]](#)

Article de l'Annexe II



RightsLink®

Home

Account
Info

Help



Title: How Can Both the
Intervention and Its
Evaluation Fulfill Health
Promotion Principles?
An Example From a
Professional
Development Program:

Author: Marie-Claude Tremblay,
Lucie Richard, Astrid
Brousselle, Nicole
Beaudet

Publication: Health Promotion
Practice

Publisher: SAGE Publications

Date: 11/16/2012

Copyright © 2012, Society for Public
Health Education

Logged in as:

Marie-Claude
Tremblay

Account #:

LOGOUT

Redirected Request

If you are an Author inquiring about the re-use of your journal article, please note that after publication of the journal article, Authors may re-use their content in any later work written or edited by the Author or for the Author's classroom use, without seeking permission from SAGE. For any other use of your work, please contact the publisher. For additional information see www.sagepub.com/repository/binaries/journals/permissions/author_use.doc.

Annexe XI

Curriculum vitae - Marie-Claude Tremblay ^{1, 2, 3, 4}

¹ Candidate au PhD, santé publique (promotion de la santé), Université de Montréal

² Boursière du Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique : Promotion, Prévention et Politiques Publiques (4P)

³ Stagiaire doctorale à la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et services sociaux de Montréal

⁴ Étudiante de l'IRSPUM (Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal)

1. Sclarité

2008 – 2013 : *Doctorat santé publique, option promotion de la santé*
Université de Montréal, Montréal

2007 – 2008 : *Doctorat en sciences humaines appliquées*
Université de Montréal, Montréal

2005 – 2007 : *Maîtrise avec mémoire en communication publique*
Université Laval, Québec

2002 – 2005 : *Baccalauréat en communication publique, option publicité*
Université Laval, Québec

2001 – 2002 : *Baccalauréat en pharmacie*
Université Laval, Québec

1999 – 2001 : *DEC Intégré en sciences (naturelles, humaines), lettres et arts*
Cégep de Sainte-Foy, Québec

2. Prix et distinctions

2.1 Bourses principales

Bourse de post-doctorat, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Institut de la santé des Autochtones, pour deux ans.

Bourse de doctorat, Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique : Promotion, Prévention et Politiques Publiques (4P) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), pour les années scolaires 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013.

Bourse de doctorat, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), pour les années scolaires 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

Bourse d'excellence à l'admission au doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal, pour l'année scolaire 2007-2008.

Bourse de maîtrise du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), pour l'année scolaire 2006-2007.

Bourse de maîtrise du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), pour l'année scolaire 2005-2006.

3. Publications et présentations

3.1 Publications dans des revues scientifiques

Tremblay, M.-C., Richard, L. 2011. *Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline*. Health Promotion International; doi: 10.1093/heapro/dar054

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A., Beaudet, N. 2013. *How Can both the Intervention and its Evaluation Fulfill Health Promotion Principles? An Example from a Professional Development Program*. Health Promotion Practice, 14 (4), 563-571.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A., Beaudet, N. 2013. *Defining, Illustrating and Reflecting on Logic Analysis with an Example from a Professional Development Program*. Evaluation and Program Planning; <http://dx.doi.org/10.1016/j.evp.2011.03.031>

Rey, L., Brousselle, A., Dedobbeleer, N., Tremblay, M.-C. 2013. *Les défis de l'évaluation développementale en recherche : une analyse d'implantation d'un Projet « Hôpital promoteur de santé »*. Revue canadienne d'évaluation de programme, 28 (1), 1-26.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A. et Beaudet, N. 2013. *Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canada*. Health Promotion international; doi:10.1093/heapro/dat062

Rey, L., Tremblay, M.-C., Brousselle, A. 2013. *Managing tensions between evaluation and research: illustrative cases of developmental evaluation in the context of research*. American Journal of Evaluation; doi: 10.1177/1098214013503698

Richard, L., Chiocchio, F., Essiembre, H., Tremblay, M.-C., Lamy G., Champagne, F., Beaudet, N. (Accepté pour publication). *Communities of Practice as a Professional and Organizational Development Strategy in Local Public Health Organizations in Québec, Canada: An Evaluation Model*. Healthcare Policy.

(En révision)

Tremblay, M.-C., Parent, André-Anne. (en révision). *Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk!* Canadian Journal of Public Health.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A., Chichio, F. et Beaudet, N. (En préparation). *Taking a train without knowing the destination: team learning process in the context of a professional development program*. Journal of Health Organizations and Management.

3.2 Livres et chapitres d'ouvrages

Richard, L., Gauvin, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., Barthélémy, L. (eds). 2013. *Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 120 pages.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1417.pdf>

Pin, S., Tremblay, M.-C., Payette, H., Bodard, J. 2013. « Vieillesse, vieillissement et santé ». In Richard, L., Gauvin, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., Barthélémy, L. (eds). *Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, p. 27-44.

Richard, L., Tremblay, M.-C., Gauvin, L. 2013. « L'approche écologique : une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés ». In Richard, L., Gauvin, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., Barthélémy, L. (eds). *Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, p. 45-54.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Barthélémy, L., Pin, Stéphanie. 2013. « Opérationnaliser l'approche écologique : exemples de stratégies ». In Richard, L., Gauvin, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., Barthélémy, L. (eds). *Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, p. 55-64.

Spencer, B., Barthélémy, L., Tremblay, M.-C. 2013. « Comment évaluer un programme écologique ? Illustration à travers le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) bonifié en utilisant l'outil de catégorisation des résultats ». In Richard, L., Gauvin, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., Barthélémy, L. (eds). *Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, p. 95-108.

3.3 Présentations dans des événements scientifiques

Tremblay, M.-C. 2013. *Ethics and health promotion evaluation research*. Communication orale présentée dans le cadre du symposium « Case studies on ethical dilemmas in health promotion research », XXI^e Conférence de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 25 au 29 août 2013, Pattaya, Thaïlande.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A.. 2013. *How can evaluation fulfill health promotion principles? An example from a professional development program evaluation*. Communication orale présentée dans le cadre du symposium « Return on investment: Incorporating health promotion principles into health promotion evaluation for better decision making and influence on health outcomes », XXI^e Conférence de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 25 au 29 août 2013, Pattaya, Thaïlande.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A. 2012. *From the individual to the organization: Factors influencing the implementation of a professional development program in public health*. Communication orale présentée dans le cadre de la Conférence annuelle de l'American Association of Public Health (APHA), Health Administration program, San Francisco, du 27 au 31 octobre 2012.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A. 2012. *Learning reflexively: evaluation of an innovative public health professional development program*. Communication orale présentée dans le cadre de la Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), Edmonton, du 11 au 14 juin 2012.

Tremblay, M.-C. 2012. *Logic analysis to the rescue of a new type of professional development program in public health*. Communication orale présentée dans le cadre de la Conférence de la Société canadienne d'évaluation (SCE), Halifax, du 13 au 16 mai 2012.

Tremblay, M.-C.; Rey, L. 2012. *Is Developmental Evaluation Well-Suited for Research?* Communication orale présentée dans le cadre de la Conférence de la Société canadienne d'évaluation (SCE), Halifax, du 13 au 16 mai 2012.

Tremblay, M.-C., Beaudet, N. 2012. *Promouvoir l'autonomisation des professionnels de santé publique au travers d'une intervention novatrice : le Laboratoire de promotion de la santé*. Communication orale présentée dans le cadre du 80^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir (Acfas), Montréal, du 7 au 11 mai 2012.

Tremblay, M.-C., Beaudet, N., Richard, L., Brousselle, A. 2011. *Évaluation des laboratoires de promotion de la santé*. Communication affichée présentée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP), Montréal, du 28 novembre 2011 au 1^{er} décembre 2011.

Richard, L., Gauvin, L., Pin, S., Barrthelemy, L., Tremblay, M.-C., Filiatrault, J. 2010. *Evidence-Based Health Promotion and Exemplary Practices in Relation to Socio-Environmental Determinants of Health Among Older Adults: A France-Québec Collaborative Project*. Communication affichée présentée à 39th Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Gerontology Association, Montréal, 4 au 6 décembre 2010.

Tremblay, M.-C. 2010. *La complexité : un paradigme potentiel pour une discipline de promotion de la santé*. Communication affichée présentée à la XXème Conférence mondiale de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 11 au 15 juillet 2010, Genève, Suisse.

Tremblay, M.-C., Richard, L., Beaudet, N., Boisvert, N., Contandriopoulos, D., Broussel, A., Pineault, R. 2010. *Évaluation évolutive de changements de pratiques en promotion de la santé*. Communication affichée présentée à la XXème Conférence mondiale de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 11 au 15 juillet 2010, Genève, Suisse.

Tremblay, M.-C., Gauvin, L., McLaren, L., Steiger, H. et Brodeur, J.-M. 2010. *Evidence for Greater Variability in BMI among Women across Different Levels of Income, Education, and Employment*. Communication affichée présentée au V^e colloque des étudiants et étudiantes en santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, le 8 mars 2010.

Tremblay, M.-C., Gauvin, L., McLaren, L., Steiger, H. et Brodeur, J.-M. 2009. *Evidence for Greater Variability in BMI among Women across Different Levels of Income, Education, and Employment*. Communication affichée présentée à Obesity National Summit (CON), Kananaskis, 7 au 10 mai 2009.

3.4 Présentations invitées

Tremblay, M.-C. 2013. *La pratique de promotion de la santé et le développement professionnel en santé publique - Health promotion practice and professional development in public health*. Présentation dans le cadre du séminaire 4P à l'Agence de santé publique du Canada, Ottawa, 17 avril 2013.

Richard, L., Tremblay, M.-C., Dufour, R. 2013. *Les laboratoires de promotion de la santé : 2^e partie*. Présentation dans le cadre des dîners éclairés à la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 19 février 2013.

Tremblay, M.-C. 2012. *Évaluation des laboratoires de promotion de la santé, stratégie de partage et transfert des connaissances*. Communication orale présentée dans le cadre du séminaire 4P sur le partage et transfert des connaissances, 28 mars 2012.

Tremblay, M.-C. 2011. *L'évaluation développementale, ou comment soutenir le développement de programmes novateurs et complexes*. Communication orale présentée dans le cadre du séminaire 4P sur l'évaluation, Québec, 22 décembre 2011.

Tremblay, M.-C. 2008. *Ezanalyse, pour des statistiques en recherche sociale*. Présentation dans le cadre du cours de deuxième cycle en communication publique Techniques évaluatives en communication, Université Laval, 3 avril 2008.

Tremblay, M.-C. 2007. *Les campagnes de sécurité routière : Mesurer l'impact et expliquer l'efficacité*. Communication orale présentée à la Conférence canadienne de la jeunesse pour la sécurité routière, Montréal, 6 au 8 juin 2007.

3.5 Ateliers et activités dans des événements scientifiques

Jones, C. M., Alexander, S., Tremblay, M.-C., Potvin, L., Frohlich, K. 2013. *To be, or not to be reflexive... Is this the question? Exploring reflexivity in health promotion*. Atelier de formation présenté à la XXI^e Conférence de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 25 au 29 août 2013, Pattaya, Thaïlande.

ISECN. 2013. *Investments for Health Through the Ottawa Charter Looking Glass: A PechaKucha Discussion Facilitated by ISECN*, Conférence sous-plénière présenté à la XXI^e Conférence de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 25 au 29 août 2013, Pattaya, Thaïlande.

Animatrice, atelier 'Rencontrer l'auteur – Véronique Lapaige', XX^e Conférence mondiale de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES), 11 au 15 juillet 2010, Genève, Suisse.

3.6 Subventions

Les laboratoires de promotion de la santé comme outil de développement professionnel et organisationnel en santé publique : une étude de cas

Organisme subventionnaire : IRSC

Chercheurs : L. Richard, R. Lessard, F. Chiocchi, N. Beaudet, F. Champagne

Collaborateurs : R. Pineault, M.-C. Tremblay, R. Dufour

Années de financement : mai 2012 à mai 2015

3.7 Rapports et documents officiels

Beaudet, N., Dufour, R., Lamy, G., Tremblay, M.-C., Richard, L., Litvak, É., Boisvert, N. 2011. *Laboratoire promotion de la santé : Bilan des activités 2009-2011*. Secteur Enseignement et recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.

3.8 Thèses

Tremblay, M.-C. 2008. *Effets des appels émotionnels et rationnels sur l'évaluation affective des publicités électorales télévisées*. Mémoire de maîtrise, Département d'Information et de Communication, Faculté des Lettres, Université Laval. <http://www.theses.ulaval.ca/2008/25078/25078.pdf>

3.9 Activités de partage et transfert des connaissances

Tremblay, M.-C., Beaudet, N., Dufour, R., Boisvert, N., Lecavalier, M. 2012. *Rencontre inter-labo : Partage et discussion des résultats d'évaluation*. Événement organisé afin de partager une partie des résultats avec les participants à la recherche, Montréal, 1^{er} février 2012.

3.10 Entrevues avec les médias

Larochelle, Renée. 2008. Pour le meilleur et pour le pire : Les appels à la raison et à l'émotion présents dans les publicités électorales télévisées influencent le vote des électeurs à des degrés divers. *Le fil des événements*, 44 (144) décembre 2008. < <http://www.lefil.ulaval.ca/articles/pour-meilleur-pour-pire-12852.html> >